



JONNA KOPONEN

Kokemukselliset oppimismenetelmät
lääketieteen opiskelijoiden
vuorovaikutuskoulutuksessa



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
viestinnän, median ja teatterin yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Teatterimontussa,
Kalevantie 4, D-siipi, Tampere,
8. päivänä kesäkuuta 2012 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto

Viestinnän, median ja teatterin yksikkö

Copyright ©2012 Tampere University Press ja tekijä

Myynti
Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Puh. 040 190 9800
Fax (03) 3551 7685
taju@uta.fi
www.uta.fi/taju
<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 1734
ISBN 978-951-44-8815-3 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1205
ISBN 978-951-44-8816-0 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Esipuhe

Tämä väitöskirjatyö tarkastelee lääketieteen opiskelijoille suunnattua vuorovaikutuskoulutusta, joka toteutettiin lääketieteen lisensiaatin tutkintoon integroituina puheviestinnän opintoina. Puheviestintä oppiaineena ja tieteenalana keskittyy tutkimaan ihmisten välistä vuorovaikutusta ihmissuhteissa, ryhmissä, yhteisöissä ja kulttuureissa erilaisissa konteksteissa.

Kiinnostuin lääketieteen opiskelijoille suunnatusta vuorovaikutuskoulutuksesta vuonna 2005, kun aloitin puheviestinnän lehtorin työn Kuopion yliopistossa (nykyisin Itä-Suomen yliopisto). Puheviestinnän opinnot olivat tulleet lääketieteen opetussuunnitelmaan vuonna 2004. Opinnot oli sijoitettu ensimmäiseen opintovuoteen mutta opiskelijapalautteen perusteella opetus kaipasi muutosta. Puheviestinnän opinnot haluttiin siirtää lääketieteen opintojen toiseen opintovuoteen ja niihin kaivattiin sisällöllistä ja menetelmällistä uudistusta. Sain työtehtäväkseni lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksen uudistamisen.

Tämä tutkimus alkoi vuonna 2006 ja sen alkusysäys oli siis hyvin käytännönläheinen ja haasteellinen. Minulla ei ollut aiempaa kokemusta lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksesta. Olin kuitenkin hyvin kiinnostunut uudesta työtehtävästäni. Draamaopettajataustani vuoksi pohdin, miksei lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutukseen voisi yhdistää draamakasvatuksen genrejä, kuten työpajateatteria. Koska aiemmissa tutkimuksissa lääketieteen vuorovaikutuskoulutukseen sovellettujen kokemuksellisten oppimismenetelmien vertailu oli ollut vähäistä, näin edessäni opetuskokeilun ja tutkimuksen mahdollisuuden.

Haluan osoittaa lämpimät ja syvät kiitokset väitöskirjatyöni ohjaajille professori Pekka Isotalukselle ja dosentti Eeva Pyörälälle, jotka ovat kannustaneet ja tukeneet minua tutkijaksi kasvamisen polulla. Ette ole päästäneet minua helpolla, mistä olen kiitollinen. Professori Pekka Isotalus on alusta saakka osoittanut luottamusta sekä tutkimusaihetta että tutkijan toimintaa kohtaan. Kiitän sinua Pekka motivoinnista, kannustuksesta sekä asiantuntevasta ja rakentavasta palautteesta, jota olet antanut työni kaikissa vaiheissa. Kiitos myös siitä, että jätit runsaasti tilaa omalle luovalle ajattelulle ja oivaltamiselle ja rohkaisit minua pääsemään päämäärääni. Kiitän sinua Eeva siitä, että olet jakanut minulle osan asiantuntijuudestasi ja kokemuksestasi lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutusopintojen urauurtavana kehittäjänä. Olet alusta saakka osoittanut suunnatonta mielenkiintoa tutkimusaihettani kohtaan. Olen kiitollinen niistä keskusteluista, joissa avarsit ajatteluani tutkimuksen tekemisestä. Kiitän sinua Eeva asiantuntevasta ja lämminhenkisestä ohjauksesta sekä taidosta huolehtia nuoresta tutkijasta sekä järjen että tunteen tasolla.

Suuri kiitos kuuluu myös esitarkastajilleni professori Maarit Valolle ja professori Anna-Lena Østernille. Heidän asiantuntevat, kriittiset ja kannustavat kommenttinsa auttoivat minua muokkaamaan työni lopulliseen muotoonsa.

Puheviestinnän opetuskokeilun suunnitteluun ja toteutukseen osallistui lääketieteen asiantuntijoita, joita haluan lämpimästi kiittää. Pirkko Salokekkilä, Juhani Miettola, Olli-Pekka Rynänen, Marja Aira, Päivi Meriranta, Timo Tuovinen ja Ulla Ågren, kiitän teitä lämpimästi osallistumisesta opetuskokeilun suunnitteluun ja toteutukseen. Lääketieteen opiskelijoita haluan kiittää opetuskokeiluun ja tutkimukseen osallistumisesta: ilman teitä ei tätä tutkimusta olisi olemassa. Suuri kiitos kuuluu myös ammattitaitoisille harrastajanäyttelijöille, jotka tulivat rohkeasti mukaan tähän projektiin ja eläytyivät uskottavasti potilasrooleihinsa. Puheviestinnän opetuskokeilun myötä Kuopioon syntyi uusi draamaryhmä, jonka nimeksi tuli Johtolanka. Johtolangan naiset, Tuija Raitanen, Sari Siltavuori, Tiina Naumanen ja Sanna Mati-

lainen, kiitän teitä lämpimästi tutkimuksen työpajateatteriosuuksien toteuttamisesta. Kiitos myös siitä, että olette jaksaneet osoittaa kiinnostusta tutkimusaiheittani kohtaan koko tutkimusprosessin ajan. Itä-Suomen yliopiston kielikeskuksen työtovereita ja johtajia haluan kiittää avusta, tuesta ja kannustuksesta tämän tutkimusprosessin aikana. Kiitän lämpimästi amanuenssi Tapani Utusta tutkimuksen täsmäryhmähaastattelujen videoinnista. Lehtori John Millsiä kiitän avusta vuorovaikutustaitojen asennemittarin käännösprosessissa. Lehtori Marja-Leena Hyväristä kiitän työhön perehdyttämisestä sekä avusta ja kannustuksesta tutkimusprosessin ajan.

Vuosina 2007–2011 olin liitännäisjäsenenä valtakunnallisessa viestintätieteen tutkijakoulu CORE:ssa. Haluan kiittää tutkijakollegojani ja tutkijakoulun henkilökuntaa saamastani tuesta ja asiantuntevasta opastuksesta. Erityisesti kiitän Ira Virtasta, Minna Finstadia, Pipsa Purhosta ja Anne Laajalahtea inspiroivista keskusteluista, yhteisen polun kulkemisesta, tuesta, kannustuksesta ja ystävyydestä. Kiitän myös kaikkia Tampereen yliopiston jatko-opiskelijakollegojani, sillä teidän kanssanne käydyt keskustelut ovat edistäneet tämän työn valmistumista.

Kiitän lämmöllä puheviestinnän asiantuntijoita Ira Virtasta ja Maija Peltolaa, jotka vastasivat tämän tutkimuksen rinnakkaiskoodauksesta. Itä-Suomen yliopiston informaattikkoa Maarit Putousta kiitän asiantuntevasta tiedonhaun opastuksesta. Kiitän Vesa Kiviniemeä ja dosentti Rickhard Wilkinsiä asiantuntevasta tilastoneuvonnasta. Englanninkielisten tekstieni kieliasun tarkistamisesta kiitän Virginia Mattilaa ja Vivian Michael Paganuzzia.

Kiitos taloudellisesta tuesta kuuluu Kuopion yliopistolle (nykyisin Itä-Suomen yliopisto), Valtakunnalliselle viestintätieteen tutkijakoulu CORE:lle, Suomen kulttuurirahaston Pohjois-Savon rahastolle, Tampereen yliopistolle sekä Emil Aaltosen säätiölle, jonka nuoren tutkijan apurahojen turvin sain työskennellä kaksi vuotta kokoaikaisesti tämän tutkimuksen parissa.

Useita rakkaita ystäviäni kiitän siitä, että olette välillä suunnanneet ajatukseni myös muihin elämän tärkeisiin asioihin kuin tutkimuksen tekemiseen. Merja Almonkaria haluan kiittää avusta, tuesta, kannustuksesta ja ystävyydestä sekä vilpittömästä kiinnostuksesta tutkimusaiheittani kohtaan. Saija Laukkaa kiitän uskomattomasta innostuksesta draamakasvatukseen sekä tuesta ja kannustuksesta. Hariklia Voutsu – my dear friend – thank you for being there for me.

Suurin kiitos kuuluu perheelleni. Kiitän Koposen ja Julkusen perheitä siitä, että olette ottaneet minut osaksi perhettänne tämän tutkimusprosessin aikana. Kälyäni Saaraa haluan kiittää ”akateemisista keskusteluista”, mutta ennen kaikkea aidosta välittämisestä ja ystävyydestä. Isääni Seppoa ja äitiäni Leilaa sekä veljeäni Jannea ja hänen puolisoaan Piaa haluan kiittää tuesta ja rohkaisusta sekä kaikesta konkreettisesti avusta, jonka avulla olen jaksanut tämän matkan. Kiitos äiti ja isä esikuvallisesti tavastanne rakastaa minua. Olette aina kannustaneet minua uskomaan unelmiini ja tekemään työtä niiden toteutumiseksi. Olen kiitollinen siitä.

Rakas aviomieheni Lasse ja tyttäreni Amanda: te olette kalleimmat aarteet, jotka minulla on. Rakastan teitä ikuisesti. Kiitos Lasse kun olet jaksanut kuunnella, tukea, antaa aikaa, lohduttaa, iloita ja kulkea rinnalla. Omalla kauniilla ja jämäkällä tavallasi olet auttanut minua saamaan tämän työn loppuun. Kiitos Amanda, kun tuot ilon jokaiseen päivääni ja muistutat minua siitä, mikä elämässä todella on tärkeää.

Kuopiossa 23.4.2012

Jonna Koponen

Tiivistelmä

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutusta. Lääketieteen vuorovaikutuskoulutusta on tutkittu ja kehitetty laajemmin 1980-luvulta lähtien. Kuitenkaan puheviestintätieteen alalla Suomessa lääketieteen opiskelijoille suunnattua vuorovaikutuskoulutusta ei ole aiemmin juuri tutkittu. Aiemmat lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksesta tehdyt kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että kokemukselliset oppimismenetelmät ovat vuorovaikutusosaamisen oppimisessa tehokkaampia kuin luennot tai mallioppiminen. Erilaisista kokemuksellisista oppimismenetelmistä on kuitenkin vain vähän vertailututkimusta eikä aiemmissa tutkimuksissa ole kiinnitetty laajasti huomiota menetelmien erityispiirteisiin, yhtäläisyyksiin ja eroihin tai lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiin kokemuksellisista oppimismenetelmistä.

Tutkimuksessa toteutettiin lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoille suunnattu puheviestinnän opetuskokeilu. Vuonna 2006 luotiin vertaileva tutkimusasetelma, jossa opiskelijat (N = 132) jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään, joissa oppimismenetelminä käytettiin työpajateatteria (n = 43), simuloituja potilaita (n = 44) ja roolipeliä (n = 45). Tutkimuksessa kuvataan ja verrataan lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä työpajateatterin, simuloitujen potilaiden ja roolipelin erityispiirteistä sekä menetelmien soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Puheviestinnän opetuskokeilun vaikuttavuutta arvioidaan itsearvioitujen oppimistulosten ja asenteiden muuttumisen näkökulmista sekä vertaamalla oppimistuloksia opetuskokeilulle asetettuihin tavoitteisiin. Tutkimus on monimenetelmäinen tapaustutkimus, joka koostuu neljästä osatutkimuksesta. Tutkimusmenetelminä olivat kyselylomake, täsmäryhmähaastattelut ja vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittari.

Tulokset osoittivat, että vähintään 84 % kussakin ryhmässä olleista opiskelijoista koki työpajateatterin, simuloitujen potilaiden ja roolipelin soveltuvan hyvin tai erittäin hyvin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Eri ryhmissä olleiden opiskelijoiden näkemyksissä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Menetelmien samankaltaiset erityispiirteet olivat lääkärin rooli, potilaan rooli, reflektiivinen osallistuminen, tunnereaktiot ja opettajien toiminta. Itsearvioituja oppimistuloksia olivat vuorovaikutustaitojen oppiminen, vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen, tiedollinen oppiminen ja potilaskeskeisyyden oppiminen. Lisäksi pieni osa opiskelijoista koki, ettei oppinut puheviestinnän opetuskokeilussa uutta. Itsearvioitujen oppimistulosten vertaaminen osoitti, että kaikissa ryhmissä opittiin hyvin samansuuntaisia asioita. Opiskelijoiden asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan muuttuivat myönteisemmiksi vuorovaikutuskoulutuksen aikana. Kolmen ryhmän välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja opiskelijoiden asenteissa. Puheviestinnän opetuskokeilulle asetetut tavoitteet saavutettiin suhteellisen hyvin.

Tulosten tarkastelun perusteella voidaan todeta, että kokemukselliset oppimismenetelmät tarjoavat osallistujille kolme erilaista osallistumisen tasoa, joilla vuorovaikutusosaamista on mahdollista oppia. Näitä ovat 1) vuorovaikutustilanteiden havainnointi ja analysointi, 2) reflektiivinen osallistuminen toiminnan aikana ja toiminnan jälkeen ja 3) toiminta lääkärin ammattiroolissa. Lisäksi turvallinen oppimisilmapiiri tukee vuorovaikutusosaamisen oppimista näiden kokemuksellisten oppimismenetelmien avulla.

Avainsanat: Vuorovaikutuskoulutus, lääketieteen opiskelijat, kokemukselliset oppimismenetelmät, simuloitunut potilaat, roolipeli, työpajateatteri, vaikuttavuus

Abstract

This study focuses on professionally-oriented communication education in the field of medicine. There has been expansive research on communication education in the field of medicine since 1980s. However, in the field of speech communication in Finland medical students' communication education has not been widely studied. Previous research on communication education in the field of medicine has shown that experiential learning methods are more effective in teaching communication skills than instructional methods. Nowadays experiential methods such as simulated patients (SP) and role-play are widely used in communication education. However, there is a lack of studies comparing medical students' perceptions and the use and the effect of different experiential methods on learning interpersonal communication competence.

In 2006 a pilot course in communication for second-year medical students was developed in co-operation with a speech communication lecturer and clinical lecturers. In this study we explore Finnish second-year medical students' perceptions of three experiential learning methods, their attitudes to learning communication skills and their self-reported learning outcomes in three groups using different experiential methods: SPs, role-play, and Theatre in Education (TIE). The methods were introduced on a pilot course in communication. Students (N = 132) were randomly assigned to three groups where TIE method (n = 43), SPs (n = 44) and role-play (n = 45) were used. Data were collected by questionnaire, three focus group interviews and a translated version of the Communication Skills Attitude Scale (Rees et al. 2002). Data were analyzed using SPSS version 17.0. Open-ended questions and focus group interviews were analyzed using qualitative content analysis and cross-case analysis.

The results showed that the most students (84 %) in each group found these methods suitable for learning interpersonal communication competence. There were no statistically significant differences in students' perceptions. According to the students, these three methods had five special elements in common: the doctor's role, the patient's role, reflective participation, emotional reactions and teachers' actions. The students' self-reported learning outcomes were communication skills, knowledge of doctor-patient communication, patient-centeredness, and becoming aware of interpersonal communication competence. A few students' reported no learning outcomes. These self-reported learning outcomes were similar in the three groups. The medical students' attitudes to learning communication skills became more positive during the pilot course. There were no significant differences in students' attitudes in the three groups before or after the course. The aims of the pilot course were achieved.

Reflection of the results showed that these experiential learning methods offer three different participation levels for learning interpersonal communication competence. These are 1) observing and analyzing doctor-patient interaction, 2) reflecting on problematic interaction with peers during the exercise and reflecting on the action after the exercise, and 3) being in the doctor's role. In addition, a safe learning atmosphere supported learning with these experiential methods.

Keywords: Communication education, medical students, experiential learning methods, simulated patients, role-play, Theatre in Education, evaluation

Sisällys

1. Johdanto	11
2. Vuorovaikutusosaaminen lääkärin työssä	15
2.1 Lääkärin työn luonne	15
2.2 Vuorovaikutusosaamisen käsite	17
2.3 Vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla	21
2.3.1 Lääkärin vastaanotto vuorovaikutustilanteena	22
2.3.2 Lääkärin ja potilaan välinen viestintäsuhde	24
2.3.3 Vuorovaikutuksen merkitys vastaanoton tuloksellisuuden näkökulmasta	27
2.3.4 Lääkärin keskeiset vuorovaikutustaidot	30
3. Vuorovaikutuskoulutus lääketieteen alalla	33
3.1 Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen lähtökohtia	33
3.2 Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen oppimismenetelmien ja vaikuttavuuden tutkimustapoja	36
3.3 Tutkimuksia lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen oppimismenetelmistä	39
3.4 Tutkimuksia lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuudesta	43
4. Tutkimuksen teoreettinen tausta	48
4.1 Alakohtainen viestintäpedagogiikka	48
4.2 Konstruktivistinen oppimisnäkemys	50
4.3 Kokemuksellinen oppiminen	53
4.4 Draamakasvatus ja esteettinen kahdentuminen	56
5. Tutkimuksen tavoite ja menetelmät	59
5.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	59
5.2 Tutkimukseen valitut oppimismenetelmät	60
5.2.1 Simuloidut potilaat	60
5.2.2 Roolipeli	61
5.2.3 Työpajateatteri	62
5.3 Tutkimukseen valitut vaikuttavuuden tutkimustavat	63
5.3.1 Itsearviointi	63
5.3.2 Asenteet ja vuorovaikutustaitojen oppiminen	64
5.4 Tutkimusjoukko, tutkimusasetelma ja osatutkimukset	65
5.5 Monimenetelmäisen tutkimuksen menetelmät	69

5.5.1 Kyselylomake	72
5.5.2 Täsmäryhmähaastattelut	72
5.5.3 Vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittari	73
5.6 Aineistojen analysointi	74
5.6.1 Kyselylomakeaineistojen ja täsmäryhmähaastattelujen analyysitavat	74
5.6.2 Itsearvioidut oppimistulokset ja kyselylomakeaineiston analyysi	77
5.6.3 Vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittarilla kerätyn aineiston analyysi	77
6. Tulokset	80
6.1 Lääketieteen opiskelijoiden näkemykset oppimismenetelmistä	80
6.2 Itsearvioidut oppimistulokset	83
6.3 Asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan	85
6.4 Tulosten yhteenveto	85
7. Pohdinta	87
7.1 Kokemuksellisten oppimismenetelmien soveltuvuus vuorovaikutusosaamisen oppimiseen ja opetuskokeilun vaikuttavuus	87
7.2 Teoreettiset ja käytännölliset näkökulmat kokemuksellisten oppimismenetelmien kehittämiseen	92
7.2.1 Osallistumisen tasot kokemuksellisissa oppimismenetelmissä	92
7.2.2 Vuorovaikutusosaamisen oppiminen osallistumisen tasoilla.	97
7.2.3 Kokemuksellisten oppimismenetelmien kehittäminen	105
7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja jatkotutkimusaiheet	107
8. Kirjallisuus	117

Lista alkuperäisjulkaisuista

- I Koponen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. 2010. Lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä työpajateatterista. *Puhe ja Kieli* 30 (1), 21–40.
- II Koponen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. 2011. A comparison of medical students' perceptions of three experiential methods. *Health Education* 111 (4), 296–318.
- III Koponen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. 2011. ”On tärkeää kuunnella potilasta tarkkaan ja myös osoittaa se” – lääketieteen opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset kolmessa ryhmässä. Teoksessa M. Valo, A. Sivunen & V. Laaksonen (toim.) *Prologi. Puheviestinnän vuosikirja 2011*. Jyväskylä: Prologos ry, 7–24.
- IV Koponen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. 2012. Comparing three experiential learning methods and their effect on medical students' attitudes to learning communication skills. *Medical Teacher* 34, e198–e207.

Selvitys yhteisjulkaisuista

Artikkeli I

Lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä työpajateatterista

Tutkimusaineistoina käytettiin kyselylomaketta ja täsmäryhmähaastattelua. Aineistot kerättiin opetuskokeilun jälkeen. Väitöskirjantekijä laati kyselylomakkeen ja toimi haastattelijana. Professori Pekka Isotalus kommentoi kyselylomaketta ja haastattelun kysymysrunkoa. Tapani Utunen videoi haastattelun. Aineiston käsittelystä ja analyysiprosessista vastasi väitöskirjantekijä. Analyysissä käytettiin laadullista sisällönanalyysiä. Kyselylomakkeen avovastausten rinnakkaiskoodauksesta vastasi Ira Virtanen. Professori Pekka Isotalus ja dosentti Eeva Pyörälä osallistuivat analyysiprosessiin keskustelemalla sisällönanalyysin periaatteista väitöskirjantekijän kanssa. Väitöskirjantekijä kirjoitti artikkelin. Professori Pekka Isotalus ja dosentti Eeva Pyörälä osallistuivat kirjoitusprosessiin kommentoimalla käsikirjoitusta.

Artikkeli II

A comparison of medical students' perceptions of three experiential methods

Tutkimusaineistoina käytettiin kyselylomaketta ja täsmäryhmähaastatteluja. Aineistot kerättiin opetuskokeilun jälkeen. Väitöskirjantekijä laati kyselylomakkeen ja toimi haastattelijana. Tapani Utunen videoi haastattelut. Aineiston käsittelystä ja analyysiprosessista vastasi väitöskirjantekijä. Analyysissä käytettiin laadullista sisällönanalyysiä sekä tapausten välisen vertailun menetelmää. Kyselylomakkeen avovastausten rinnakkaiskoodauksesta vastasivat Ira Virtanen ja Maija Peltola. Väitöskirjantekijä kirjoitti artikkelin. Professori Pekka Isotalus ja dosentti Eeva Pyörälä osallistuivat kirjoitusprosessiin kommentoimalla käsikirjoitusta.

Artikkeli III

”On tärkeää kuunnella potilasta tarkkaan ja myös osoittaa se” – lääketieteen opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset kolmessa ryhmässä

Tutkimusaineistoina käytettiin kyselylomaketta (avoimet kysymykset). Aineisto kerättiin opetuskokeilun jälkeen. Väitöskirjantekijä laati kyselylomakkeen ja vastasi aineiston käsittelystä ja analyysiprosessista. Analyysissä käytettiin laadullista sisällönanalyysiä sekä tapausten välisen vertailun menetelmää. Väitöskirjantekijä kirjoitti artikkelin. Professori Pekka Isotalus ja dosentti Eeva Pyörälä osallistuivat kirjoitusprosessiin kommentoimalla käsikirjoitusta.

Artikkeli IV

Comparing three experiential learning methods and their effect on medical students' attitudes to learning communication skills

Lääketieteen opiskelijoiden asenteita vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan tutkittiin suomennetulla vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittarilla. Aineisto kerättiin ennen ja jälkeen opetuskokeilun. Aineiston käsittelystä ja analyysiprosessista vastasi väitöskirjantekijä. Analyysissä käytettiin SPSS 17.0 tietokoneohjelmaa ja ei-parametrisia testejä. Dosentti Rickhard Wilkins ja tilastoneuvoja tarkastivat tehdyt analyysit. Professori Pekka Isotalus ja dosentti Eeva Pyörälä osallistuivat kirjoitusprosessiin kommentoimalla käsikirjoitusta.

1. Johdanto

Lääkärin ammatti on perinteinen professio, joka on yhteiskunnallisesti tärkeä ja arvostettu. Suomessa lääkärin laillistamisesta annettiin ensimmäinen asetus jo 1800-luvun lopulla (Pesonen 1980, 365–369). Lääkäri kohtaa työssään lukuisia potilaita ja on vuorovaikutuksessa heidän kanssaan. Lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus onkin ollut suosittu tutkimuskohde viimeisten 40 vuoden aikana (Cegala & Broz Lenzmeier 2003; Thompson 2003). Tutkimuksissa on havaittu, että lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus on yhteydessä esimerkiksi potilaan kokemaan tyytyväisyyteen, hoito-ohjeiden ymmärtämiseen ja muistamiseen, hoitomyöntyvyyteen, hoitotuloksiin, potilasvalituksiin sekä lääkärin työssä jaksamiseen (Brown, Steward & Ryan 2003; du Pré 2001; Ong ym. 1995; Stewart 1995; Street 2003). Onnistunut lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus lisää potilaan ja lääkärin tyytyväisyyttä ja toisaalta huonosti toimiva vuorovaikutus on keskeinen potilasvalitusten syy.

Jokainen suomalainen käy lääkärissä keskimäärin 2–3 kertaa vuodessa, joten lääkärin ja potilaan kohtaamisia tapahtuu vuosittain miljoonia (Peräkylä, Eskola & Sorjonen 2001, 10). Lääkärin vastaanotolla potilaan haastattelemineen on keskeinen vuorovaikutukseen liittyvä tehtävä, jossa lääkärin vuorovaikutusosaamisen merkitys korostuu. On arvioitu, että kliinisessä työssä toimiva lääkäri tekee työuransa aikana keskimäärin 60 000–100 000 potilashaastattelua (Saha 2003, 20). Jo pelkästään potilaan sairaushistorian selvittäminen perusteellisesti auttaa lääkärää diagnoosin määrittämisessä, sillä arviolta 60–80 % diagnoosin tekemisestä perustuu potilaan kertomukseen (van Dalen ym. 2001, 245). Lisäksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 velvoittaa lääkärin tekemään potilasta koskevat hoitopäätökset yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Yhteisymmärrykseen pääsemisessä tarvitaan sekä hyvää lääketieteellistä osaamista että hyviä vuorovaikutustaitoja (Pyörälä & Lindblom-Ylänne 2010, 39). Potilaat myös odottavat lääkäriltä lääketieteellisen osaamisen lisäksi hyviä vuorovaikutustaitoja, kuten taitoa kuunnella potilasta (Salokekkilä 2011, 43). Edellä mainituista syistä lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutusosaamiseen tulee kiinnittää huomiota jo opintojen aikana.

Aiemmin ajateltiin, että lääketieteen opiskelijat oppivat vuorovaikutustaitoja siirtyttyään työelämään ja seuraamalla kokeneempien kollegojen työskentelyä (Benbasat & Baumal 2001; Pyörälä & Hietanen 2011). Vuorovaikutustaitojen ajateltiin ikään kuin siirtyvän lääkärisukupolvelta toiselle ilman varsinaista vuorovaikutuskoulutusta. Ongelmallista mallioppimisessa on kuitenkin sen kritiikittömyys, sillä roolimallin arvojen, asenteiden ja toimintatapojen omaksuminen ei useinkaan tapahdu tietoisesti. Lisäksi tiedetään, että työkokemus ja työssäoloaika eivät yksistään vaikuta kohentavasti lääkäreiden vuorovaikutustaitoihin (Aspegren & Lonberg-Madsen 2005; Fallowfield ym. 2002). Tiedetään myös, että lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen kehittämisessä kokemuksellinen oppiminen on tarkoituksenmukaisempaa kuin roolimallin havainnointi (Kramer, Ber & Moore 1989).

Jo 1970-luvulla todettiin, että ilman asianmukaista vuorovaikutuskoulutusta lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaidot heikkenevät lääketieteellisten opintojen aikana (Helfer 1970; Maguire & Rutter 1976). Lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutukseen on kuitenkin kiinnitetty laajemmin huomiota vasta viime vuosikymmeninä: 1980-luvulla esitettiin, että vuorovaikutustaitoja tulisi systemaattisesti opettaa lääkärikoulutuksessa ja 1990-luvun aikana vuorovaikutusopinnot vakiintuivat sekä Suomessa että ulkomailla osaksi lääkäreiden peruskoulutusta (Makoul 2003; Pyörälä 2001; 2006). Ammatissa toimivien lääkäreiden vuorovaikutuskoulutuksen pioneerialoja ovat Suomessa olleet yleislääketiede ja onkologia (Peura 2001; Pyörälä 2001; Pyörälä & Hietanen 2011; Faulkner & Maguire 1999). Vuorovaikutusopinnot eivät kuitenkaan ole vielä vakiintuneet osaksi lääkäreiden erikois- ja täydennyskoulutusta (Pyörälä & Hietanen 2011). Lisäksi lääketieteen perustutkintoon sisältyvien vuorovaikutusopintojen laajuudet ja sisällöt vaihtelevat eri yliopistojen välillä eikä lääketieteen vuorovaikutuskoulutusta ole maassamme juurikaan tutkittu.

Lääketieteen asiantuntijoille ja opiskelijoille suunnattua vuorovaikutuskoulutusta on kuitenkin kansainvälisesti tutkittu, arvioitu ja kehitetty runsaasti (Aspegren 1999; Cegala & Broz Lenzmeier 2003; Hargie ym. 2010; van Dalen ym. 2001). Tutkimuksissa on osoitettu, että vuorovaikutuskoulutukseen osallistuneet lääketieteen opiskelijat tai asiantuntijat ovat oppineet vuorovaikutusosaamista ja heidän vuorovaikutustaitonsa ovat kohentuneet koulutuksen myötä (Alroy, Ber & Kramer 1984; Berkhof ym. 2011; Fallowfield ym. 2002; 2003; Evans, Sweet & Coman 1993; Kendrick & Freeling 1993; Maguire & Pitceathly 2002; Roter ym. 1995).

Lääketieteen opiskelijoiden ja asiantuntijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa käytetään usein kokemuksellisia oppimismenetelmiä, kuten simuloituja potilaita ja roolipeliä (Hargie ym. 2010; Lane & Rollnick 2007; May, Park & Lee 2009). Kuitenkaan draamakasvatuksen genrejä, kuten työpajateatteria (Jackson 1993a), ei ole aiemmin sovellettu lääketieteen vuorovaikutuskoulutukseen tai kokeiluja ei ole systemaattisesti raportoitu. Lisäksi erilaisia kokemuksellisia oppimismenetelmiä ei ole juuri vertailtu ja harvat tutkimukset ovat verranneet lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä erilaisista kokemuksellisista oppimismenetelmistä (Aspegren 1999; Lane & Rollnick 2007; Rees, Sheard & McPherson 2004). Opiskelijoiden näkemysten tarkastelu on kuitenkin tärkeää, koska kokemuksellisissa oppimismenetelmissä oppijan aktiivisuus ja osallistuminen ovat keskeisiä oppimisen kannalta. Opiskelijoiden antamat merkitykset oppimistapahtumalle voivat olla erilaisia, kuin mitä oppimistuloksia tarkastelemalla saadaan selville (Boud, Cohen & Walker 1993, 11).

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on ajatus siitä, että lääkärin ammatissa tarvittavaa vuorovaikutusosaamista voidaan tietoisesti kehittää koulutuksen avulla. Vuorovaikutusosaamisen kehittäminen nähdään keskeisenä osana lääketieteen opiskelijan asiantuntijuuden kehittämistä, mikä on linjassa sekä kansallisten (Peräkylä ym. 2001; Pyörälä & Hietanen 2011) että kansainvälisten (General Medical Council 2009; Hargie ym. 2010) näkemysten kanssa. Suomessa lääkäreitä koulutetaan Helsingin, Itä-Suomen, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistoissa. Tässä tutkimuksessa toteutettu puheviestinnän opetuskokeilu kuului lääketieteen lisensiaatin tutkinnon kieli- ja viestintäopintoihin Kuopion yliopistossa (nykyisin Itä-Suomen yliopisto). Lähtökohdan puheviestinnän opetukselle tarjosi tutkintoasetus, jota uudistettiin Suomessa vuonna 2005. Tutkintoasetuksen mukaan alemman korkeakoulututkinnon tulisi antaa opiskelijalle riittävä ja ylemmän korkeakoulututkinnon hyvä viestintä- ja kielitaito (Valtioneuvoston asetus yliopiston tutkinnoista nro 794/2004). Tutkintoasetus ei määrittele tarkemmin kieli- ja viestintäopintoihin tai osaamistasoihin liittyviä vaatimuksia, eikä Suomessa ole kansallisia suosituksia lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksesta. Siksi lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksen tavoitteet, sisällöt, menetelmät ja arviointitavat voidaan määrittää yliopistokohtaisesti.

Puheviestinnän opetus voidaan toteuttaa erillisinä puheviestinnän opintojaksoina tai opiskelijan asiantuntija-alan opintoihin integroituina opintoina. Tuoreet selvitykset korkeakouluissa opetettavista kieli- ja viestintäopintoihin kuuluvista puheviestinnän opinnoista osoittavat, että puheviestinnän opetus on Suomessa hyvin kirjavaa

ja painottuu esiintymistaitojen harjoitteluun (Gerlander ym. 2009; Kaipomäki 2011). Esiintyminen ei kuitenkaan kaikilla aloilla ole puheviestintään liittyvää ydinosaamista. Gerlanderin ja kollegojen (2009) mukaan hoito-, terapia-, opetus- ja kasvatusalloilla vuorovaikutusosaaminen kytkeytyy osaamisalan ydinosaamiseen, jolloin puheviestinnän opetuksen ydinasiat liittyvät asiantuntijan ja asiakkaan / potilaan / oppijan kohtaamiseen ja kyseisessä viestintäsuhteessa tarvittavan vuorovaikutusosaamisen kehittämiseen. Puheviestinnän koulutusta ei ole kuitenkaan maassamme vielä paljon tutkittu. Valtakunnallisena puheviestinnän opetuksen kehittämishaasteena onkin alakohtaisen puheviestinnän opetuksen suunnitteleminen, kehittäminen, arvioiminen ja tutkiminen.

Tämä tutkimus edustaa alakohtaista vuorovaikutuskoulutusta lääketieteessä. Tutkimuksessa toteutettiin lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoille suunnattu puheviestinnän opetuskokeilu, joka integroitiin lääketieteen opintoihin. Puheviestinnän opetuskokeilussa pyrittiin kehittämään potilashaastattelutilanteessa tarvittavaa vuorovaikutusosaamista. Lääkärin vastaanottoa ja siinä tapahtuvaa potilashaastattelutilannetta simuloitiin eli jäljiteltiin kokemuksellisten oppimismenetelmien avulla. Sen vuoksi lääkärin työssä tarvittavan vuorovaikutusosaamisen tarkastelu rajataan tässä työssä lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen lääkärin vastaanotolla.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata, ymmärtää ja verrata lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoiden näkemyksiä kolmen kokemuksellisen oppimismenetelmän erityispiirteistä sekä menetelmien soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Tutkimuksessa tarkastelun kohteena olevat oppimismenetelmät ovat työpajateatteri (TIE), simuloidut potilaat (SP) ja roolipeli (RP). Opetuskokeilun vaikuttavuutta tarkastellaan arvioimalla koulutuksessa saavutettuja oppimistuloksia ja vertaamalla niitä opetuskokeilulle asetettuihin tavoitteisiin. Oppimistuloksia tutkitaan itsearvioidun oppimistulosten ja asenteiden muuttumisen näkökulmista.

Yhteenveto-osassa kuvataan ensin vuorovaikutusosaamisen merkitystä lääkärin työssä. Sen jälkeen käsitellään lääketieteen opiskelijoille tai asiantuntijoille suunnatun vuorovaikutuskoulutuksen lähtökohtia sekä lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa käytettyihin oppimismenetelmiin ja koulutuksen vaikuttavuuteen liittyvää aiempaa tutkimusta. Lisäksi kuvataan tämän tutkimuksen teoreettinen tausta. Teoriaosan jälkeen kuvataan tutkimuksen tavoitteet, menetelmät, analyysitavat ja tulokset. Lopuksi pohditaan osatutkimusten tuloksia ja niiden merkitystä kokonaisuutena sekä arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta.

2. Vuorovaikutusosaaminen lääkärin työssä

2.1 Lääkärin työn luonne

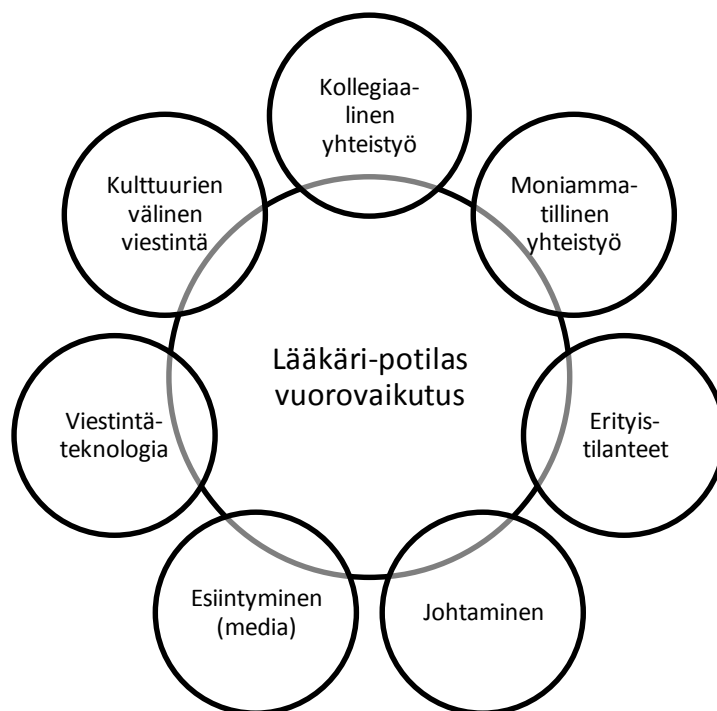
Lääkärin ammatissa toimimisen edellytyksenä on lääketieteen lisensiaatin tutkintoon vaadittavien opintojen suorittaminen (Valtioneuvoston asetus yliopiston tutkinnoista nro 794/2004). Suomessa lääkärin työtä säätelevät ja määrittävät lait, kuten laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä nro 559/1994 ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Oikeuden harjoittaa lääkärin tai hammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä myöntää sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto.

Lääkärin työssä päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen (Saarni 2005). Lääkärinä toimiminen vaatii monipuolista osaamista. Viime aikoina on kiinnitetty erityistä huomiota siihen, että lääkärin työssä menestymiseen ei riitä pelkästään lääketieteellisen tiedon hallinta ja kliininen osaaminen (Palsson ym. 2007). Lääkärin työssä tarvittavaa osaamista on jaoteltu esimerkiksi Kanadassa (CanMEDS, ks. Frank 2005), Yhdysvalloissa (ACGME 1999) ja Euroopassa (Palsson ym. 2007). Näissä malleissa lääkärin työssä oleellisen osaamisen katsotaan koostuvan 6–7 osa-alueesta. Yhteisiä osaamisen osa-alueita ovat potilaan hoito, lääketieteellinen tieto, jatkuva oppiminen, vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot, professionalismi ja toiminnanohjauksen taidot (ks. Patja ym. 2009; Litmanen ym. 2011).

Viimeisin Lääkärikysely (2009) osoitti, että vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot ovat suomalaisten lääkäreiden mielestä yksi tärkeimmistä työssä tarvittavista taidoista. Suomessa lääkärin työhön liittyvää osaamista on tarkasteltu lääkäreille suunnatun kyselytutkimuksen avulla. Litmanen ja kollegojen (2011) mukaan tulokset osoittivat, että lääketieteellisen tiedon tarve arvioitiin korkeaksi kaikilla erikoisaloilla ja työskentelysektoreilla, mutta vuorovaikutustaitojen ja johtamistaitojen tarve vaihteli eri erikoisaloilla ja työskentelysektoreilla. Vuorovaikutustaitojen tarve koettiin suurimmaksi yleislääketieteessä ja psykiatriassa ja vähäisimmäksi ortopediassa

ja radiologiassa. Toimialueista vuorovaikutustaitojen tarve oli suurin terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. Lääkäreiden osaamistarpeet vaihtelevatkin työtehtävien ja aseman perusteella ja ne myös muuttuvat uran edetessä.

Lääkärin työtehtävät voivat vaihdella paljonkin työpaikan ja työnkuvan mukaan. Suomessa lääkärit työskentelevät sairaaloissa, terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa, yksityisvastaanotoilla, opetus- ja tutkimustehtävissä sekä muissa tehtävissä, kuten hallintotehtävissä sekä järjestöjen ja lääketeollisuuden palveluksessa (Lääkäritysely 2009). Lääkärin työnkuvaan voi liittyä monenlaisia vuorovaikutustilanteita eri työskentelysektoreilla, joita havainnollistetaan kuvassa 1. Lääkärin työssä vuorovaikutukseen liittyvää osaamista voitaisiin tarkastella esimerkiksi hoitotilanteissa potilaiden kanssa, moniammatillisissa tiimeissä, viestintätekniologian käyttöön liittyen (Makoul 2003), erityistilanteiden yhteydessä (kuten huonojen uutisten kertominen) (Artkoski 2007), esiintymistilanteeseen liittyen (Lingard ym. 2003a), media-esiintymiseen liittyen (Dickson, Hargie & Morrow 1991), johtamistilanteissa (Litmanen ym. 2011), kulttuurien välisen viestinnän näkökulmasta (Pyörälä & Hietanen 2011) tai kollegiaalisen yhteistyön näkökulmasta. Lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus on kuitenkin lääkäriin työn keskeisin vuorovaikutustilanne (Dickson ym. 1991, 7; Pyörälä & Hietanen 2011). Sen vuoksi lääkäri-potilasvuorovaikutus on sijoitettu kuvassa 1 kuvion keskelle.



Kuva 1. Näkökulmia lääkäriin työn vuorovaikutustilanteisiin

2.2 Vuorovaikutusosaamisen käsite

Puheviestinnän opetuksen ja tutkimuksen näkökulmasta keskeinen käsite on vuorovaikutusosaaminen (interpersonal communication competence). Teoreettisena käsitteenä vuorovaikutusosaaminen on monitulkintainen. Puheviestintätieteellisessä kirjallisuudessa käytetään esimerkiksi käsitteitä viestintäkompetenssi, viestintäosaaminen, puheviestintäosaaminen ja vuorovaikutusosaaminen (ks. Kostiainen 2003; Rouhiainen-Neunhäuserer 2009; Valkonen 2003; Valo 1995a). Käsite viestintäosaaminen (communication competence) esiintyi viestinnän tutkimuksen alalla ensimmäisen kerran vuonna 1974, mutta taitoa olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa on tarkasteltu jo antiikin aikakaudelta lähtien, jolloin huomio kiinnittyi puhujan luotettavuutta ja vakuuttavuutta koskevaan teoretisointiin (Rubin 1990, 94; Spitzberg 2003, 99). Nykyisin viestintäosaamisen käsite on laajentunut koskemaan kirjoittamisen ja lukemisen taitoja sekä medialukutaitoja (Valkonen 2003, 25), minkä vuoksi tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä vuorovaikutusosaaminen ja tarkastelu rajataan ihmisten väliseen vuorovaikutukseen.

Puheviestinnän tutkimuskirjallisuudessa ei ole selvää konsensusta siitä, kuinka käsitteet ”taito” ja ”osaaminen” tulisi määritellä, sillä alalla on useita toistensa kanssa päällekkäisiä määritelmiä (Wilson & Sabee 2003). On kuitenkin mahdollista ajatella, että osaaminen on laajempi käsite kuin taito ja viestintäosaaminen on laajempi käsite kuin vuorovaikutusosaaminen (Hargie 2006; Spitzberg 2000; Spitzberg & Cupach 2002, 574; Valkonen 2003, 25–26).

Vuorovaikutusosaamisen määritelmät tyypillisesti tunnustavat onnistuneen vuorovaikutuksen yhteistoiminnallisen luonteen. Osaavana viestijänä pidetään sellaista, joka on joustava ja omaa vuorovaikutustaitojen taitorepertuaarin, pystyy mukautumaan viestintätilanteeseen, pystyy saavuttamaan sekä omia että viestintäsuhteeseen liittyviä tavoitteita sekä sovittamaan ne yhteen vuorovaikutuksen toisen osapuolen tavoitteiden kanssa (Street 2003; Parks 1994). Vuorovaikutusosaamisen katsotaan usein muodostuvan tiedollisesta, affektiivisesta ja taidollisesta ulottuvuudesta, kuten Spitzberg ja Cupach (2002, 574) määrittelevät:

”Specifically, an individual’s interpersonal skills, along with his or her knowledge and motivation, enable the occurrence of certain outcomes that are judged interpersonally competent in a particular interactional context.” (Spitzberg & Cupach 2002, 574.)

Vuorovaikutusosaamisen tiedolliseen ulottuvuuteen liittyy viestijän vuorovaikutukseen ja viestintään liittyvä tieto sekä ymmärrys siitä, mitä tehokkaan ja tarkoituksenmukaisen vuorovaikutuksen onnistumiseksi tarvitaan (Rubin 1990; Spitzberg & Cupach 2002; Valkonen 2003). Valo (1995a, 68) kiteyttää, että vuorovaikutustaitoja säädellään kognitiivisesti, mutta tietoinen vuorovaikutuskäyttäytymisen kontrollointi voi olla taitavassa suorituksessa vähäistä. Spitzbergin ja Cupachin (2002, 574) mukaan viestijällä tulee olla sekä sisällöllistä tietoa (content knowledge, knowing what) että proseduraalista tietoa (procedural knowledge, knowing how to). Sisällöllinen tieto viittaa tietoon vuorovaikutustilanteista ja -suhteista, niiden säännöistä ja niihin liittyvistä arvostuksista. Proseduraalinen tieto viittaa tietoon erilaisista prosesseista, kuten tavoitteiden määrittämisestä ja priorisoinnista, ongelmien ratkaisemisesta, toisten viestintäkäyttäytymisen selittämisestä ja ennustamisesta sekä tarkoituksenmukaisten vuorovaikutustaitojen käyttämisestä vuorovaikutustilanteessa.

Taitavaan vuorovaikutuskäyttäytymiseen liitetään myös metakognitiiviset tiedot ja taidot (Valkonen 2003). Metakognitiiviset tiedot tarkoittavat yksilön tietoja hänen omista kognitiivisista ja emotionaalisista prosesseistaan, esimerkiksi hänen kykyään arvioida omaa osaamistaan, ymmärrystään ja sitä, kuinka muut tulkitsevat hänen viestintäänsä. Metakognitiiviset taidot puolestaan tarkoittavat yksilön taitoa käyttää hyväkseen metakognitiivisia tietoja. Tarkoituksenmukaisen oppimisen edellytyksenä onkin usein se, että oppija pystyy arvioimaan, mitä hän jo osaa tai ei osaa. (Rauschte-von Wright, von Wright & Soini 2003, 66–67.)

Vuorovaikutusosaamisen affektiiviseen ulottuvuuteen liittyy yksilön motivaatio viestiä sekä hänen tunteensa ja asennoitumisensa viestintää ja vuorovaikutustilannetta kohtaan (Valkonen 2003, 37, 39; Spitzberg & Cupach 2002). Valkosen (2003, 37) mukaan motivaatio viittaa siihen, että taitavastikaan viestivän henkilön taidot eivät näy eivätkä vaikuta, ellei hän halua, uskalla tai motivoidu osallistumaan vuorovaikutukseen ja käyttämään niitä. Hänen mukaansa puheviestinnän opetuksessa on otettava huomioon, näkeekö oppija viestinnän arvon ja hyödyn, uskooko hän osallistumisensa merkityksellisyyteen ja luottaako hän omiin taitoihinsa. Puheviestinnän opetuksen tulisi edistää positiivista asennoitumista puheviestinnän oppimista ja opiskeltavia asioita kohtaan (McCroskey 1994). Vuorovaikutusosaamisen affektiiviseen ulottuvuuteen liittyen on tutkittu esimerkiksi viestintäarkuutta, esiintymisjännitystä ja viestintähalukkuutta (McCroskey 1994; Almonkari 2007). Asenteisiin

liittyvä tutkimus on ollut puheviestintätieteen alalla vähäisempää kuin taitoihin ja tietoihin liittyvä tutkimus.

Vuorovaikutusosaamisen taidolliseen ulottuvuuteen liittyvät vuorovaikutustaidot. Vuorovaikutustaito tarkoittaa tietyssä kontekstissa tehokkaan ja tarkoituksenmukaisen vuorovaikutuskäyttäytymisen osoittamista (Rubin 1990; Valkonen 2003). Taidot itsessään ovat prosesseja, jotka tulevat esiin käyttäytymisen tasolla, mutta joihin liittyy erottamattomasti kognitiivisia ja affektiivisia prosesseja, jotka mahdollistavat ja luovat ne (Hargie 2006, 15). Parks (1994, 591) mukaan tietoja ja taitoja ei voida täysin erottaa toisistaan, tai kuten hän kuvaa, niiden välinen ero on yhtä ohut kuin iho. Terveystieteiden kontekstissa vuorovaikutustaito voidaan määrittellä sellaisen vuorovaikutuskäyttäytymisen osoittamiseksi, joka edistää sekä lääkärin vastaanoton laatua että tuloksia (Street 2003, 912). Vuorovaikutustaitojen hallinta on taitavan vuorovaikutuskäyttäytymisen keskeinen kriteeri (Hargie 2006). Mutta vuorovaikutustaidoille ominainen kurvilineaarisuus tarkoittaa, etteivät taidot kasva lineaarisesti, vaan saavuttavat jossain kohdassa lakipisteen, minkä jälkeen taidon osoittamisen määrä ei enää johda tulkintaan taitavasta toiminnasta (Rubin 1990). Lääkärin keskeisiä vuorovaikutustaitoja jäsennetään luvussa 2.3.4.

Vuorovaikutusosaamisen kriteerejä eri tutkimuksissa ovat olleet muun muassa dialogisuus, puheen selkeys, sanoman ymmärtäminen, tehokkuus, tyytyväisyys, tarkoituksenmukaisuus ja eettisyys (Spitzberg & Cupach 2002; Spitzberg 2003). Puheviestinnän tutkimusalalla tehokkuus ja tarkoituksenmukaisuus ovat yleisesti käytettyjä vuorovaikutusosaamisen kriteerejä. Tehokkuus viittaa siihen, missä määrin vuorovaikutukselle asetetut tavoitteet saavutetaan ja tarkoituksenmukaisuus puolestaan siihen, missä määrin vuorovaikutuskäyttäytyminen on vuorovaikutussuhteessa ja -tilanteessa hyväksyttävää ja sopivaa (Spitzberg 2003; Spitzberg & Cupach 2002.) Lääkärin vuorovaikutusosaamisen näkökulmasta keskeiseksi vuorovaikutusosaamisen kriteeriksi voidaan mielestäni nimetä viestinnän eettisten periaatteiden noudattaminen, mikä viittaa siihen, että viestintä ei vaaranna viestintäsuhteita eikä loukkaa toisia osapuolia (Valkonen 2003, 26, 33–39). Suomen Lääkäriliiton valtuuskunta on laatinut lääkärin työhön liittyvät eettiset periaatteet (Saarni 2005), joiden taustalla on ajatus siitä, että lääkärin tehtävästä ei voi suoriutua, ellei lääkärillä ole asiantuntemuksen ohella vakavaa halua noudattaa eettisiä velvoituksia.

Aikuisen vuorovaikutusosaamisen oppimisesta ei ole runsaasti tutkimustietoa tai teoreettisia malleja (Greene 2003; Rouhiainen-Neunhäuserer 2009). Greenen

(2003, 53–59) mukaan vuorovaikutusosaamisen oppimista voidaan jäsentää tarkastelemalla tietojen karttumista tai muuttumista, vuorovaikutustaitojen kehittymistä tai asenteiden muuttumista. Tässä näkyy perinteinen kolmijako, sillä oppimisessa on perinteisesti erotettu toisistaan kognitiivinen, affektiivinen ja psykomotorinen (tai behavioraalinen) ulottuvuus (Boud ym. 1993; Mottet & Beebe 2006; Shephard 2008; Smith & Ragan 2005). Toisaalta tämä jako oppimisen kolmeen ulottuvuuteen ei välttämättä ole tarkoituksenmukainen, sillä näiden erottaminen toisistaan ei ole aina mahdollista eikä edes tarkoituksenmukaista (Boud ym. 1993; Smith & Ragan 2005). Vaikka tällainen kolmijako havainnollistaa oppimisen tavoitteita ja auttaa erittelemään niitä, on luonnollista että ne limittyvät toisiinsa.

Vuorovaikutustaitojen oppimiseen liittyy harjoituksen ja tiedostumisen myötä tapahtuva ajatus- ja käyttäytymismallien automatisoituminen. Automatisoituminen on kuitenkin ongelmallinen käsite tässä yhteydessä, koska viestintäkäyttäytyminen ei ole täysin automaattista eli itsestään tapahtuvaa. Tässä yhteydessä voitaisiinkin puhua esimerkiksi ajatus- ja käyttäytymismallien rutinoitumisesta. Hargien (2006, 17) mukaan vuorovaikutustaitojen oppiminen etenee neljässä tiedostamisen vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa oppija ei ole tietoinen osaamattomuudestaan. Toisessa vaiheessa oppija tulee tietoiseksi osaamattomuudestaan, jolloin hän tietää, millaista tarkoituksenmukainen vuorovaikutuskäyttäytyminen olisi, mutta ei vielä osaa toimia siten. Oppija siis tiedostuu vahvuuksistaan ja kehittämiskohteistaan. Kolmannessa vaiheessa oppija on tietoinen vuorovaikutusosaamisestaan ja toimiessaan vuorovaikutustilanteessa hän tiedostaa toimivansa osaavasti. Neljännessä vaiheessa oppija on harjoitellut vuorovaikutustaitoja niin paljon, että osaa toimia vuorovaikutustilanteissa tarkoituksenmukaisesti ja tehokkaasti ilman osaamisen tason tietoista pohdintaa.

Vuorovaikutusosaamisen arvioinnissa voidaan ottaa huomioon eri näkökulmia. Vuorovaikutusosaamista voidaan pitää viestijän itsensä, hänen vuorovaikutuskumppaninsa tai -kumppaneidensa sekä vuorovaikutuksen ulkopuolisen havainnoijan subjektiivisena vaikutelmana vuorovaikutuksen tehokkuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta, jolloin vuorovaikutusosaamista voidaan arvioida näistä näkökulmista (Street 2003; Spitzberg 2000; Spitzberg & Cupach 2002). Eri näkökulmat eivät välttämättä ole samanlaisia toistensa kanssa, kuten Street (2003) havainnollistaa: Vastaanottotilanteessa lääkäri voi ajatella, että hänen viestintäkäyttäytymisensä oli taitavaa, koska hän teki tarkan ja oikean diagnoosin, pysyi aikataulussa ja potilas suostui ehdotettuihin hoitovaihtoehtoihin. Mutta potilas ei ole välttämättä tyytyväinen

vuorovaikutukseen, koska hänen mielestään lääkäri dominoi keskustelua eikä jättänyt potilaalle tilaa kertoa näkemyksistään. Vuorovaikutuksen ulkopuoliset havainnoijat eivät puolestaan ole mukana vuorovaikutusprosessissa, vaan heidän tulkintansa vuorovaikutuksen osapuolten taitavuudesta perustuu heidän omiin lähtökohtiinsa.

Tässä tutkimuksessa ajatellaan, että lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutukseen liittyy kolme keskeistä haastetta: 1) heidän tulee tietää ja ymmärtää viestinnän ja vuorovaikutuksen prosesseista sekä yleisesti että erityisesti lääkärin ja potilaan välillä, 2) heillä tulisi olla myönteinen asenne vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan sekä vuorovaikutustaitojen käyttämistä kohtaan potilastyössä ja 3) heidän tulisi hallita lääkärin työssä tarvittavat vuorovaikutustaidot (ks. Evans ym. 1993; Kaufman, Laidlaw & Macleod 2000). Tutkimuksessa ajatellaan, että lääkärin työssä tarvittava vuorovaikutusosaaminen limittyy lääkärin ammattiosaamiseen. Se koostuu vuorovaikutukseen liittyvästä tiedollisesta, taidollisesta ja affektiivisesta ulottuvuudesta, jotka ovat yhteydessä toisiinsa. Vuorovaikutusosaaminen on viestintäkulttuuriin, -tilanteeseen ja -suhteeseen nähden tarkoituksenmukaista, tehokasta ja eettistä toimintaa, joka rakentuu ja määrittyy vuorovaikutuksen molempien osapuolten yhteistyönä. Vuorovaikutusosaamiseen liittyy olennaisesti osapuolten taito ennakoida, säädellä ja arvioida viestintäkäyttäytymistään.

2.3 Vuorovaikutus lääkärin vastaanotolla

Lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus on ollut terveystieteen tutkimuksen kiinnostuksen kohteena 1970-luvulta lähtien (Wright, Sparks & O'Hair 2008, 6). Terveystieteen tutkimuskentällä lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimus on sijoitettu interpersonaalisen terveystieteen tutkimusalueelle. Interpersonaalisen viestinnän tutkimus keskittyy tarkastelemaan vuorovaikutusta läheisissä ihmissuhteissa, kuten ystävyys-, perhe- ja parisuhteissa, mutta se voi tarkastella viestintää myös roolipohjaisissa suhteissa, kuten lääkäri-potilassuhteessa (Gerlander & Isotalus 2010, 3; Wright ym. 2008, 6, 19–45). Lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen luonne ja dynamiikka on kuitenkin erilainen verrattuna esimerkiksi ystävyys-suhteeseen, koska se tapahtuu epäsymmetrisestä lähtökohdasta, on emotionaalisesti latautunutta ja edellyttää osapuolten välistä yhteistyötä (Ong ym. 1995, 903). Sen vuoksi lääkäri-potilasvuorovaikutuksen sijoittuminen interpersonaa-

lisen viestinnän tutkimuskentälle ei ole täysin ongelmatonta, mutta se voidaan ymmärtää erityislaatuisena interpersonaalisenä viestintänä.

2.3.1 Lääkärin vastaanotto vuorovaikutustilanteena

Lääkärin vastaanoton keskeinen tavoite liittyy potilaan sen hetkisen huolen tai ongelman selvittämiseen, hoitamiseen tai parantamiseen (Tate 2010). Keskeisiä vuorovaikutukseen liittyviä tehtäviä lääkärin vastaanotolla ovat informaation vaihtaminen, lääkäri-potilassuhteen luominen ja yhteinen päätöksenteko. Vastaanoton aikana lääkärin tehtävänä on saada selville tietoa potilaasta ja ymmärtää potilaan kertomatarina, koska se tarjoaa vihjeitä diagnoosiin ja hoidon kannalta olennaisiin seikkoihin (Smith & Hoppe 1991, 470). Informaation vaihtamiseen liittyy lääkärin näkökulmasta tarkan potilaskertomuksen ja sairaushistorian selvittäminen, lääketieteellisen ongelman kuvaaminen ja ymmärtäminen, diagnoosista ja hoitovaihtoehtoista kertominen sekä hoito-ohjeiden perusteleminen ja ymmärtäminen (Cegala, McGee & McNeilis 1996, 4). Potilaan näkökulmasta informaation vaihtamiseen liittyy tarve tietää ja ymmärtää mikä on vikana, tarve tulla kuulluksi ja ymmärretyksi sekä tarve varmistua siitä, että lääkäri suhtautuu potilaaseen vakavasti (Ong ym. 1995, 904).

Lääkäri-potilassuhteen luomiseen liittyy potilaskeskeinen toimintatapa ja luottamuksen rakentaminen osapuolten välillä (Kalamazoo Consensus Statement 2001, 391). Jotta potilas voisi osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, lääkärin tulee kertoa potilaalle ymmärrettävällä tavalla riittävästi tietoa hänen sairaudestaan, sen hoidosta, erilaisista hoitovaihtoehtoista ja niiden riskeistä ja hyödyistä (Moumjid ym. 2007). Vaikka kaikki potilaat eivät automaattisesti halua osallistua hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon (Gerlander 2003, 134), on kuitenkin nähty tärkeänä, että lääkäri osallistaa potilasta yhteiseen päätöksentekoon siinä määrin kuin potilas itse haluaa tai pystyy siihen osallistumaan.

Lääkärin vastaanotolla tapahtuvaa vuorovaikutusta on tutkittu runsaasti sekä Suomessa että muualla maailmassa. Ensimmäisiä tutkijoita, jotka kiinnostuivat lääkärin vastaanoton vuorovaikutuksen rakentumisesta, olivat englantilaiset Byrne ja Long (1976). He ääninauhoittivat yli tuhat yleislääkärin vastaanottoa ja hahmottelivat aineistonsa perusteella mallin, joka kuvaa vastaanoton etenemistä vaiheittain. Peräkylä, Eskola ja Sorjonen (2001, 12) ovat suomentaneet vaiheet seuraavasti: 1)

aloitus, 2) käynnin syyn selvittäminen, 3) sanallinen ja fyysinen tutkimus, 4) potilaan tilanteen pohdinta eli diagnoosin tekeminen, 5) hoidosta ja muista jatkotoimista keskusteleminen sekä 6) vastaanoton lopetus. Vastaanoton vaiheittainen malli ei kuitenkaan välttämättä toteudu juuri tällaisena, vaan vastaanotolla voidaan palata aiempaan vaiheeseen tai hypätä jonkin vaiheen yli.

Vastaanoton vaiheittainen jäsennys on ollut lähtökohtana erityisesti vastaanoton vuorovaikutuksen keskusteluanalyttisessä tutkimuksessa (Heritage & Maynard 2006; Peräkylä ym. 2001). Tutkimuksissa on tarkasteltu esimerkiksi vastaanoton aloitusta ja käynnin syyn selvittämistä (Ruusuvuori 2000; 2001), sanallisen tutkimuksen tekemistä (Raevaara & Sorjonen 2001) ja diagnoosin kertomista ja vastaanottamista (Peräkylä 2001). Esimerkiksi vastaanoton alussa lääkärin tulisi osoittaa kuuntelevansa potilasta, sillä jos potilas arvelee, että lääkärin pääasiallinen huomio on muualla, hän saattaa katkaista oirekertomuksensa tai lyhentää sitä (Ruusuvuori 2001, 29; Ruusuvuori 2000, 237–269). Lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta koskevan keskusteluanalyttisen tutkimuksen keskeinen tulos on Pyörälän (2001, 194) mukaan se, että lääkärin vuorovaikutus rakentuu aina yhteistyössä potilaan kanssa. Vastaanoton vaiheittainen jäsennys auttaa hahmottamaan vastaanottotilanteen etenemistä, sillä vuorovaikutuksen tavoitteet ovat erilaisia vastaanoton eri vaiheissa. Mallina se ei kuitenkaan tuo kovin hyvin esiin vastaanoton vuorovaikutuksen monimuotoisuutta.

Terveysviestinnän tutkimuksissa lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta on kuvattu esimerkiksi prosessimalleina (Northouse & Northouse 1998, 15–20; Ong ym. 1995, 914), interpersonaalista vuorovaikutusta yleisesti kuvaavana prosessimallina (Dickson, Hargie & Morrow 1991, 50) tai tutkimuksissa on sovellettu terapeutisen viestinnän mallia (Rogers 1951), jossa lääkäri-potilasviestinnän tavoiteltavina piirteinä nähdään empatia, luottamus, rehellisyys, vahvistaminen ja välittäminen. Tässä tutkimuksessa vuorovaikutus ymmärretään puheviestintätieteen lähtökohtien mukaisesti viestinnän laatua kuvaavana, prosessin piirteenä (Gerlander & Isotalus 2010, 5). Pelkkä kaksisuuntaisuus ei tee viestinnästä vuorovaikutusta, vaan alkupe räiseen viestiin tulee myös reagoida ja reaktioiden tulee pitää sisällään aiempi viestintähistoria (Rafaeli 1988, 111). Vuorovaikutus todentuu viestinnän osapuolten verbaalisten ja nonverbaalisten ilmaisujen avulla, jotka voivat olla samanaikaisia. Vuorovaikutus on jatkuvasti muuttuva, dynaaminen prosessi, jossa luodaan yhteisiä

merkityksiä. Vuorovaikutuksen osapuolet, tilanne, konteksti ja kulttuuri vaikuttavat vuorovaikutuksen luonteeseen ja sen etenemiseen.

2.3.2 Lääkärin ja potilaan välinen viestintäsuhde

Lääkärin ja potilaan välistä viestintäsuhdetta voidaan luonnehtia tavoitteelliseksi, epäsymmetriseksi ja professionaaliseksi, jossa lääkäriellä on lääketieteeseen liittyvää osaamista ja asiantuntemusta, mitä potilaalla ei ole (Gerlander & Isotalus 2010, 6). Gerlanderin ja Isotaluksen (2010, 6) mukaan ”professionaalisella viestintäsuhteella tarkoitetaan suhdetta, jossa suhteen toinen osapuoli on tietyn alan tai toiminnan asiantuntija tai ammattilainen suhteessa toiseen osapuoleen”. Professionaalinen viestintäsuhde rakentuu osapuolten välisissä viestintäprosesseissa ja suhteen luonne vaikuttaa siihen kuinka osapuolet jatkossa viestivät keskenään.

”Suhde” ei kuitenkaan välttämättä ole paras mahdollinen sana kuvaamaan lääkärin ja potilaan kohtaamista, sillä se voi luoda mielikuvan myös läheisestä suhteesta, kuten ystävyysuhteesta. Lisäksi voidaan ajatella, että viestintäsuhteen rakentuminen edellyttää viestinnän osapuolten useita kohtaamisia. Näin ollen voidaan ajatella, ettei yksittäisen lääkärikäynnin aikana muodostu vielä varsinaista suhdetta, vaan kyse on kontaktin luomisesta. Lääkäri-potilassuhde (englanniksi doctor-patient relationship tai physician-patient relationship) on kuitenkin vakiintunut ilmaisu terveysviestinnän tutkimusalueella. Se näyttäisi sisältävän sekä yksittäisen vastaanottokäynnin aikana tapahtuvan kontaktin luomisen että useiden vastaanottokäyntien aikana muodostuvan viestintäsuhteen (Kurtz, Silverman & Draper 2005, 41; Kalamazoo Consensus Statement 2001, 391–392). Siksi käytän tässä tutkimuksessa professionaalisen viestintäsuhteen rinnalla käsitettä lääkäri-potilassuhde, jolloin näen ne synonyymeina.

Lääkärin ja potilaan välinen viestintäsuhde ei perustu henkilökohtaiseen välittämiseen ja kiintymykseen, mutta tunteet kietoutuvat hoitoprosessiin, sillä potilas on usein huolissaan omasta terveydentilastaan (Gerlander 2003, 36). Tällöin lääkäri voi kokea, että häneltä odotetaan välittämistä ja sen osoittamista vuorovaikutuksessa. Lääkärin työssä tunteiden ilmaiseminen on kuitenkin monimuotoinen ilmiö, sillä lääkäri harvoin osoittaa voimakkaita tunteitaan. Professionaalisissa viestintäsuhteis-

sa joudutaankin tasapainottelemaan tunteiden ilmaisemisen ja niihin mukaan menemisen sekä neutraaliuden säilyttämisen välillä. (Gerlander & Isotalus 2010, 10.)

Terveysviestinnän tutkimuskirjallisuudessa lääkäri-potilassuhteet on jaettu usein paternalistiseen, kuluttajakeskeiseen, yhteistyöhön pyrkivään ja vetäytyneeseen malliin (Roter & Hall 2006, 23). Mallit eroavat toisistaan Roterin ja Hallin (2006, 23–38) mukaan vuorovaikutuksen piirteiden, lääkärin ja potilaan valta-asetelman ja lääkärin käyttämän kontrollin suhteen. Paternalistisessa mallissa lääkäri ohjaa vastaanoton kulkua, pitää vuorovaikutusta hallussaan ja esittää suurimman osan kysymyksistä. Yhteistyöhön pyrkivässä mallissa lääkäri ja potilas osallistuvat tasavertaisina hoitosuunnitelman ja keskinäisen yhteistyön rakentamiseen. Kuluttajakeskeinen malli puolestaan viittaa kaupankäyntiprosessiin, jolloin potilas nähdään asiakkaana ja lääkäri pyrkii markkinoimaan hänelle mahdollisimman toimivat terveydenhoitoratkaisut. Vetäytynyt malli kuvaa epäonnistunutta lääkäri-potilassuhdetta, jossa lääkärin ja potilaan odotukset jäävät täyttymättä. Tavoiteltavaksi lääkäri-potilassuhteen malliksi on noussut yhteistyötä korostava malli, jossa potilas osallistuu oman hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon tekemällä yhteistyötä lääkärin kanssa (Duggan 2006; Rao ym. 2007).

Muutos lääkäri-potilassuhteissa ei kuitenkaan ole näin yksinkertainen, koska samaankin lääkäri-potilassuhteeseen sisältyy elementtejä eri malleista, kuten paternalistisesta ja yhteistyöstä (Gerlander 2003, 11). Tutkimusten mukaan potilailla voi olla hyvin erilaisia näkemyksiä ja odotuksia lääkäri-potilassuhteesta: yksi kokee sen kaverisuhteena, toinen puolestaan virkamies-asiakassuhteena (Gerlander 2003, 36–37). Osa potilaista kokee paternalistisen mallin itselleen sopivammaksi kuin yhteistyöhön pyrkivän mallin (Vanderford ym. 2001). Erilaisten suhdemallien olemassaolosta syntyy jännitteitä eli ristiriitaisia elementtejä, jotka ilmenevät sekä vuorovaikutuksessa että osapuolten kokemuksissa (Gerlander 2003, 11). Viime aikoina lääkäri-potilassuhdetta onkin tutkittu myös dialektisesta näkökulmasta, jolloin huomio on kiinnittynyt erilaisten lääkärin ja potilaan välisen viestintäsuhteen jännitteiden tarkasteluun (ks. Gerlander 2003; Gerlander & Isotalus 2010).

Potilaskeskeisyydestä on kuitenkin tullut laajasti tunnustettu ihanne, koska nykyisin korostetaan lääkärin ja potilaan välistä yhteistyötä ja yhteistä päätöksentekoa (Duggan 2006; Haskard Zolnierek & DiMatteo 2009; Peräkylä ym. 2001). Suomessa vuonna 1993 voimaan tullut laki potilaan asemasta ja oikeuksista myös velvoittaa lääkärin tekemään potilasta koskevat hoitopäätökset yhteisymmärryksessä potilaan

kanssa. Potilaskeskeisyyden korostumiseen ovat lisäksi vaikuttaneet laajemmat yhteiskunnalliset ilmiöt, kuten väestön ikääntyminen, kroonisten sairauksien lisääntyminen, huomion kiinnittyminen hoidon laatuun sekä ymmärryksen lisääntyminen siitä, että psykososiaaliset tekijät ovat yhteydessä terveyteen (Duggan 2006, 94).

Käsitteenä potilaskeskeisyys on monimerkityksellinen, koska sillä voidaan viitata esimerkiksi pelkästään lääkärin työskentelytapaan (Byrne & Long 1976) tai laajemmin biopsykososiaaliseen tapaan toteuttaa lääketiedettä (Mead & Bower 2000). Byrne ja Long (1976) havaitsivat, että lääkäreillä on vastaanotolla yksilöllisiä työskentelytapoja, joiden erona on se, ohjaako toimintaa lääkärin ammatillinen erityistietämys vai potilaan kokemus ja näkemykset. Lääkärikeskeisesti työskentelevä lääkäri pitäytyy toimintasuunnitelmassaan, johdattaa keskustelua ja käyttää suljettuja kysymyksiä, jotka rajaavat potilaan vastausmahdollisuuksia. Potilaskeskeisesti työskentelevä lääkäri pyrkii osallistamaan potilasta, on kiinnostunut potilaan näkökulmasta, tarpeista ja huolista, liittää sairauteen ja hoito-ohjeisiin liittyvän informaation potilaan tarpeisiin, kannustaa potilasta osallistumaan päätöksentekoon ja käyttää avoimia kysymyksiä, joihin potilas voi vastata laajasti. (Raevaara & Sorjonen 2001, 49; Smith & Hoppe 1991, 470; Williams, Weinman & Dale 1998, 486.)

Lääkärikeskeinen ja potilaskeskeinen työskentelytapa voidaan myös yhdistää vastaanotolla. Niitä voidaan käyttää tarkoituksenmukaisella tavalla siten, että potilas johdattaa keskustelua asioissa, joissa hän on asiantuntija (oireet, tuntemukset, huolet ja toiveet), ja lääkäri puolestaan niissä asioissa, joissa hän on asiantuntija (lääketieteellinen tietämys ja diagnoosin määrittely) (Smith & Hoppe 1991). Erilaisia lähestymistapoja ei tarvitse nähdä hyvänä tai huonona, vaan niitä voidaan käyttää tarkoituksenmukaisesti vuorovaikutustilanteen ja sen tavoitteiden mukaan.

Terveysviestinnän tutkimuksissa potilaskeskeisyys voidaan nähdä myös laajempänä ilmiönä kuin pelkästään lääkärin työskentelytavan kuvauksena. Potilaskeskeisyyden käsitettä tarkastelleet Mead ja Bower (2000) kuvaavat, että potilaskeskeinen tapa toteuttaa lääketiedettä laajentaa perinteistä biomedikaalista mallia, jossa sairaudet ja niiden aiheuttamat oireet pyritään selittämään biologisin käsittein ja potilaan sairauskertomuksesta etsitään merkkejä sairaudesta, sen oireista ja etenemisestä. Potilaskeskeisyyteen liittyy biopsykososiaalinen näkökulma, jolloin lääkäri pyrkii ymmärtämään potilaan ongelman tai sairauden biologisesta, psykologisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta. Potilaskeskeisesti työskentelevä lääkäri pyrkii ymmärtämään, millainen henkilökohtainen merkitys sairaudella on potilaan elämässä ja mil-

laisia odotuksia, tunteita ja pelkoja potilaalla on. Potilaskeskeisyyteen liittyy vallan ja vastuun jakaminen, jolloin potilaan ja lääkärin välinen viestintäsuhde nähdään tasa-arvoisena ja yhteistyöhön pyrkivänä ja potilasta kannustetaan ottamaan osaa hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. Keskeiseksi nousee myös vastaanoton emotionaalinen puoli sekä lääkäri ihmisenä -ajatus, jolla viitataan lääkärin osallisuuden vastaanoton vuorovaikutuksessa, tietoisuuteen omasta toiminnastaan ja tavataan vastata potilaan tunteisiin. (Mead & Bower 2000.) Potilaskeskeisen viestinnän piirteiden on havaittu olevan yhteydessä esimerkiksi potilastyytyväisyyteen ja potilaan terveyteen (Stewart 1995), minkä vuoksi sitä voidaan pitää tavoiteltavana.

2.3.3 Vuorovaikutuksen merkitys vastaanoton tuloksellisuuden näkökulmasta

Tutkimuksissa on havaittu, että tapa, jolla lääkäri ja potilas ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa, on yhteydessä potilashaastatteluprosessin onnistumiseen ja vastaanoton tuloksiin. Potilashaastatteluprosessiin liittyen on tutkittu esimerkiksi sitä, millainen lääkärin viestintäkäyttäytyminen edistää potilaan tulossuun ja huolenaiheiden esille tulemistä vastaanoton aikana (Maguire ym. 1996, 78). Vastaanoton vuorovaikutuksen ja tuloksellisuuden välisiä yhteyksiä on tarkasteltu pääosin määrällisillä tutkimusmenetelmillä (Roter & Hall 2006, 43). Näissä tutkimuksissa vastaanoton tuloksellisuus viittaa potilaan tyytyväisyyteen, hoitomyöntyvyyteen, hoito-ohjeiden noudattamiseen, potilaan sairauden tai vaivojen vähenemiseen tai häviämiseen sekä potilaan emotionaaliseen hyvinvointiin (Ong ym. 1995; Roter & Hall 2006; Street 2003). Tutkimuksissa on tarkasteltu potilaiden näkemyksiä lääkärin toiminnasta (esimerkiksi oliko lääkäri informatiivinen, välittävä tai dominoiva) ja sitten yhdistetty nämä näkemykset vastaanoton tuloksiin. Toinen tapa on ollut analysoida vastaanoton vuorovaikutusta ja puhetta esimerkiksi video- tai ääninauhojen avulla ja koodata lääkärin ilmaisuja kategorioihin, kuten informaation jakaminen, suhteen luominen ja ohjeen antaminen. Tämän jälkeen kvantitatiivisia muuttujia kuten toistumistiheyttä tai suhteellista osuutta on käytetty tuloksellisuuden ennustamisessa. (Roter & Hall 2006; Street 2003.)

Potilashaastatteluprosessiin liittyen on havaittu, että lääkärit keskeyttävät potilaan avauspuheenvuoron keskimäärin 18 (Beckman & Frankel 1984) tai 23 sekunnin kuluttua (Marvel ym. 1999). Kuitenkin se, että lääkäri malttaa kuunnella poti-

laan avauskertomusta keskeyttämättä, vaikuttaa siihen, että lääkäri saa todennäköisemmin selville potilaan huolenaiheet kokonaisuudessaan eikä potilas enää vastaanoton lopussa tuo esiin uusia huolenaiheita (Joos ym. 1996; Marvel ym. 1999). Langewitz ja kollegat (2002) ovat myös havainneet, ettei potilaan vapaa kerronta kestä kovinkaan kauan (keskimäärin 92 sekuntia).

Avointen kysymysten käyttö sekä potilaan tarkkaavainen kuunteleminen edistää potilaan keskeisten huolenaiheiden ilmi tulemistä verrattuna suljettujen kysymysten käyttöön ja potilaan keskeyttämiseen (Maguire ym. 1996). Yhteenvetojen tekemisen taitoa tarkastelleessa tutkimuksessa Quilligan ja Silverman (2012, 358) havaitsivat, että yhteenvetojen tekemisen avulla lääkäri voi lisätä potilaan kertomien tietojen tarkkuutta sekä yhteisymmärrystä lääkärin ja potilaan välillä. Liiallinen yhteenvetojen tekeminen voi kuitenkin saada potilaan pohtimaan, oliko hän riittävän selkeä, ja vähentää näin yhteisymmärrystä lääkärin ja potilaan välillä. Kuunteleminen, kysymysten käyttö ja yhteenvetojen tekeminen ovat edellisten tutkimustulosten mukaan keskeisiä vastaanotolla tarvittavia vuorovaikutustaitoja.

Potilastyytyväisyyttä edistää tutkimusten mukaan se, että lääkäri pyrkii rakentamaan luottamuksellisen lääkäri-potilassuhteen, osoittaa empatiaa (Williams ym. 1998) ja käyttää potilaskeskeistä työskentelytapaa (Little ym. 2001; Kinnersley ym. 1999; Stewart 1995; Williams ym. 1998). Potilaat arvostavat lääkäreitä, jotka verbaalisesti ja nonverbaalisesti osoittavat välittämistä, rohkaisevat potilasta osallistumaan vastaanoton kulkuun, arvostavat potilaan omaa näkökulmaa terveydentilaansa ja koettavat sovittaa hoitovaihtoehdot potilaan tarpeiden ja elämäntilanteen mukaan (Street 2003). Toisaalta potilaat eivät ole tyytyväisiä, mikäli lääkäri dominoi keskustelua, kysyy suurimmaksi osaksi suljettuja kysymyksiä liittyen pääasiassa biomedikaalisiin aiheisiin, käyttää vain vähän aikaa kertoakseen potilaalle hoitovaihtoehdoista tai ei ota huomioon potilaan huolenaiheita (Street 2003). Levinson ja Roter (1995) havaitsivat, että lääkärit, joilla oli positiiviset asenteet hoidon potilaskeskeytyttä kohtaan, osoittivat vastaanotolla enemmän empatiaa, kysyivät vähemmän suljettuja kysymyksiä sekä kertoivat potilaalle enemmän psykososiaalista ja vähemmän biomedikaalista tietoa kuin lääkärit, joiden asenteet hoidon potilaskeskeytyttä kohtaan olivat negatiivisia. Nämä tulokset korostavat lääkäri-potilassuhteen luomisen taitoja sekä potilaskeskeisen työskentelytavan merkitystä vastaanotolla.

Potilastyytyväisyys on yhteydessä myös lääkärin nonverbaaliseen viestintään, kuten katsekontaktin käyttöön, istuma-asentoon, pään nyökkäämiseen, fyysiseen lähei-

syyteen, kasvojen ilmeisiin (kuten hymyyn) ja äänenpainoihin (DiMatteo, Hays & Prince 1986; Griffith ym. 2003; Roter ym. 2006). Nonverbaalisen viestinnän avulla lääkäri voi välittää erityisesti emotionaalista ja viestintäsuhteeseen liittyvää informaatiota (Henry ym. 2012; Roter ym. 2006). Lääketieteen opiskelijoiden nonverbaalinen sensitiivisyys eli taito tulkita ja ymmärtää potilaan affektiivisia vihjeitä kasvoilta ja kehosta on yhteydessä itsearviointeihin potilaskeskeisiin asenteisiin sekä heidän potilaskeskeiseen toimintatapaansa potilashaastattelutilanteessa (Hall ym. 2009, 1220). Nämä tutkimustulokset osoittavat nonverbaalisen viestinnän tulkinnan ja ilmaisemisen merkityksen vastaanotolla.

Vastaanoton ajallisen keston ja potilastyytyväisyyden suhteesta on saatu ristiriitaisia tutkimustuloksia, sillä toisten tutkimusten mukaan pidempi vastaanottoaika mahdollistaa helpommin potilaan tarpeiden huomioimisen (Howie ym. 1991), mutta toisten tutkimusten mukaan potilaskeskeinen vastaanotto ei pidennä vastaanoton kestoja (Henbest & Fehrsen 1992). Kiire ei siis välttämättä ole este potilaskeskeisen toimintatavan käyttämiselle, mutta viestintä on mitoitettava käytettävissä olevaan aikaan nähdessä tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti. Tämä on haasteellista lääkärin työssä, jota leimaa nykyisin jatkuva kiire eikä lääkärin työtahti ole aina hänen itsensä päätettävissä (Pyörälä & Lindblom-Ylänne 2010, 45).

Hoito-ohjeiden noudattamisen ja lääkärin viestintäkäyttäytymisen välillä on havaittu yhteys. Meta-analyysi, jossa analysoitiin 106 korrelaatiotutkimuksen tuloksia (Haskard Zolnierek & DiMatteo 2009), osoitti että lääkäri voi edistää potilaan hoito-ohjeiden noudattamista kertomalla hoito-ohjeisiin liittyvää informaatiota, osallistamalla potilasta päätöksentekoon, keskustelemalla avoimesti hoito-ohjeiden noudattamisen hyödyistä, riskeistä ja ongelmista, edistämällä hyvän ja luottamuksellisen lääkäri-potilassuhteen syntyä sekä osoittamalla tukea ja kannustusta verbaalisesti ja nonverbaalisesti. Tulokset korostavat informaation kertomisen taitoa, taitoa osallistaa potilasta päätöksentekoon sekä lääkäri-potilassuhteen luomisen taitoa.

Potilaan terveydentilan on myös havaittu olevan yhteydessä lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Stewartin (1995) koostamassa kirjallisuuskatsauksessa oli mukana 21 tutkimusta, joissa lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus yhdistettiin potilaan emotionaaliseen terveyteen, oireiden lieventymiseen, toimintakykyyn, fysiologisiin mittoihin (verenpaine, veren sokeripitoisuus) sekä kivun hallintaan. Esimerkiksi potilashaastattelun aikana se, että lääkäri kysyy useita kysymyksiä ja on kiinnostunut potilaan näkökulmasta, tarpeista, odotuksista ja huolista, on yhteydessä

potilaan jännittyneisyyden vähenemiseen ja oireiden lievittymiseen. Hoitosuunnitelmasta keskustelemisen ja päättämisen vaiheessa se, että lääkäri kertoo informaation siten että potilas sen ymmärtää ja yhdistää siihen emotionaalisen tuen, on yhteydessä potilaan huolestuneisuuden ja ahdistuneisuuden vähenemiseen, oireiden lievittymiseen ja verenpaineen tason laskuun (Stewart 1995). Tulokset viittaavat lääkärin potilaskeskeisen työskentelytavan merkitykseen vastaanotolla.

Samalla tavalla kuin muutkin vuorovaikutustilanteet, lääkärin vastaanotto on dynaaminen prosessi, jossa vuorovaikutuksen osapuolet toimivat yhteistyössä, jolloin potilaan viestintä vaikuttaa myös lääkärin viestintään ja päinvastoin. On havaittu, että lääkäri-potilasvuorovaikutuksen onnistuminen on yhteydessä lääkärin työssä jaksamiseen (du Pré 2001) ja hyvä lääkäri-potilassuhde on yhteydessä lääkärin työtyytyväisyyteen (Suchman ym. 1993). Viime vuosina on kiinnitetty yhä enemmän huomiota myös potilaan vuorovaikutusosaamiseen (Cegala & Broz Lenzmeier 2003) sekä potilaan viestintäkäyttäytymisen ja vastaanoton tuloksellisuuden välisiin yhteyksiin (Roter & Hall 2006; Street 2003). On havaittu, että potilaan aktiivinen osallistuminen vastaanotolla vaikuttaa myönteisesti esimerkiksi potilastyytyväisyyteen ja hoitoon sitoutumiseen (Street 2003).

Lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimusta voidaan kuitenkin kritisoida siitä, että tutkimus on keskittynyt tarkastelemaan pääosin lääkärin viestintää. Vähemmän on tutkittu potilaan viestintää tai vastaanotolle saapuvien muiden henkilöiden (omaiset, lapset) vaikutusta vastaanoton vuorovaikutukseen tai tuloksiin. Vastaanoton vuorovaikutuksen tutkimus on ollut suurelta osin korrelatiivista tutkimusta, jolla voidaan osoittaa, että tietyt muuttujat ovat yhteydessä toisiinsa. Tulosten avulla ei kuitenkaan pystytä selittämään syy-seuraussuhteita. Lisäksi ymmärrys siitä, kuinka ja miksi vuorovaikutuksen tietyt piirteet vaikuttavat potilaan terveyteen, on vielä puutteellista (Street ym. 2009, 296).

2.3.4 Lääkärin keskeiset vuorovaikutustaidot

Lääkärin keskeisiä vuorovaikutustaitoja on jäsennetty lääkärin perustutkinnon osaamistavoitteissa (AAMC 2008; General Medical Council 2009; Hargie ym. 2010), kansainvälisissä lausunnoissa lääkäri-potilasvuorovaikutuksen tehtävistä ja niihin liittyvistä taitoalueista (Kalamazoo Consensus Statement 2001) sekä lääketie-

teen vuorovaikutuskoulutuksen lähtökohtana käytetyissä malleissa (Keller & Carroll 1994; Kurtz & Silverman 1996; Kurtz, Silverman & Draper 1998, 2005; Makoul 2001; Novack, Dubé & Goldstein 1992; Stewart ym. 1993). Lääkärin keskeisiä vuorovaikutustaitoja on usein jäsennetty vastaanoton vaiheiden mukaan, jolloin on määriteltä näissä eri vaiheissa tarvittavia vuorovaikutustaitoja (Kurtz ym. 2005; Kalamazoo Consensus Statement 2001; Makoul 2001; Novack, Dubé & Goldstein 1992). Osa lääkärin vuorovaikutustaitojen jäsennyksistä korostaa vuorovaikutusta eri kohderyhmien kanssa ja nostaa esiin myös tiimi- ja yhteistyötaitojen merkityksen lääkärin työssä (AAMC 2008; General Medical Council 2009). Taulukkoon 1 on koottu esimerkkejä lääkärin keskeisten vuorovaikutustaitojen jäsennyksistä.

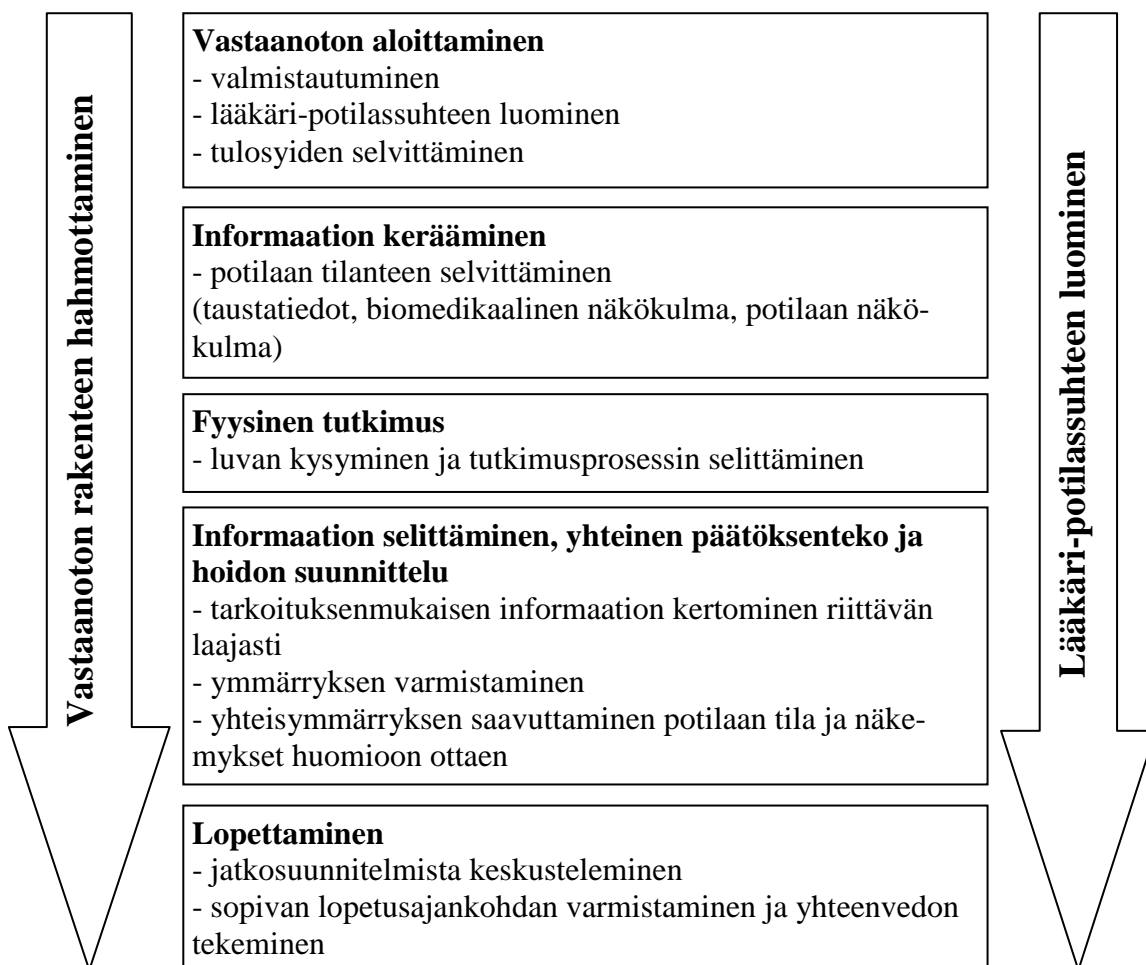
Taulukko 1. Esimerkkejä lääkärin vuorovaikutustaitojen jäsennyksistä

Vuorovaikutustaidot	Lähde
Lääkäri-potilassuhteen luominen, taito esittää kysymyksiä potilaan sairaushistorian selvittämiseksi, taito opastaa, kouluttaa ja osoittaa tukea sekä tiimi- ja yhteistyötaidot professionaalisessa kontekstissa	AAMC 2008
Taito olla selkeästi, sensitiivisesti ja tehokkaasti vuorovaikutuksessa potilaiden, potilaan omaisten ja läheisten, kollegojen ja muiden terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa, taito viestiä tarkoituksenmukaisesti haastavissa viestintätilanteissa sekä taito viestiä tehokkaasti eri rooleissa (potilaan edustajana, opettajana, johtajana ja kehittäjänä)	General Medical Council 2009
Lääkäri-potilassuhteen luominen, kuunteleminen, kysymysten käyttö ja kysymystekniikka, informaation kerääminen, nonverbaalinen viestintä, informaation jäsentäminen, selventäminen ja tiivistäminen, potilaan näkemysten, huolenaiheiden ja odotusten selvittäminen, potilaan ajatusten, tunteiden ja arvojen arvostaminen, informaation jakaminen, ymmärrettävä kielenkäyttö, ymmärryksen varmistaminen, potilaan osallistaminen hoidon suunnitteluun ja yhteiseen päätöksentekoon siinä määrin kuin potilas itse haluaa, yhteenvetojen tekeminen sekä vastaanoton lopettaminen	Kalamazoo Consensus Statement 2001

Tässä tutkimuksessa lääkärin keskeisiä vuorovaikutustaitoja jäsennetään Kurtzin ja kollegojen (2005, 41) luoman mallin avulla, joka esitetään kuvassa 2. Olen valinnut mallin tähän tutkimukseen, koska se sisältää vastaanoton vuorovaikutuksen keskeiset vaiheet (ks. Byrne & Long 1976; Peräkylä ym. 2001), joihin yhdistetään 71 vuorovaikutustaitoa, jotka ovat lukuisten tutkimusten mukaan tärkeitä lääkärin vastaanotolla (ks. luku 2.3.3). Näistä vuorovaikutustaidoista valitsin tähän tutkimukseen viisi, joiden kehittämiseen puheviestinnän opetuskokeilussa pyrittiin (kuunte-

leminen, kysymysten käyttö, nonverbaalinen viestintä, vastaanoton rakenteen hahmottaminen ja lääkäri-potilassuhteen luominen).

Valitsin mallin myös siksi, että vuorovaikutustaidot yhdistetään siinä lääkärin työssä keskeiseen vuorovaikutustilanteeseen eli lääkärin vastaanottoon. Tällöin potilashaastattelussa tarvittavien vuorovaikutustaitojen harjoittelu sijoittuu mielestäni ammatin kannalta keskeiseen vuorovaikutuskontekstiin. Vastaanoton etenemisessä nähdään koko ajan keskeisenä sekä vastaanoton rakenteen hahmottaminen että suhteen luominen potilaaseen. Tämä tuo mielestäni esiin vuorovaikutuksen prosessi-
maisuuksien, lääkäri-potilassuhteen tärkeyden sekä vastaanoton rakenteen hahmottamisen kautta myös realiteetit eli esimerkiksi ajan käytön hallinnan. Mallia voidaan kuitenkin kritisoida siitä, ettei se tuo kovinkaan hyvin esiin vastaanoton vuorovaikutuksen monimuotoisuutta. Mallin päälle voitaisiin piirtää spiraalimainen katkoviiva muistuttamaan vastaanoton vuorovaikutuksen dynaamisesta luonteesta.



Kuva 2. Vastaanoton vaiheet ja eteneminen (muokattu Kurtzin, Silvermanin ja Draperin 2005, 41 esittämän kuvan pohjalta)

3. Vuorovaikutuskoulutus lääketieteen alalla

3.1 Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen lähtökohtia

Lääketieteen opiskelijoille suunnatun vuorovaikutuskoulutuksen lähtökohdat, tavoitteet ja sisällöt voivat perustua kansallisiin suosituksiin. Esimerkiksi Iso-Britanniassa General Medical Council (1993, 2009) esittää kansalliset suositukset lääketieteen koulutukselle, joissa painotetaan vuorovaikutustaitojen ja professionaalisten asenteiden merkitystä lääkärin työssä. Yhdysvalloissa ja Kanadassa AAMC (Association of American Medical Colleges) esittää suosituksensa lääketieteellisen koulutuksen opetussuunnitelmalle, jossa myös tuodaan esiin vuorovaikutustaitojen merkitys lääkärin työssä. Lisäksi lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen lähtökohdat voivat pohjautua erilaisiin malleihin, joita ovat esimerkiksi seuraavat:

1. Kalamazoo Consensus Statement (2001),
2. Three function model / Brown Interview Checklist (Novack, Dubé & Goldstein 1992),
3. The Patient-Centred Clinical Method (Stewart ym. 1993),
4. Bayer Institute for Health Care Communication E4 Model (Keller & Carroll 1994),
5. The SEGUE framework for teaching and assessing communication skills (Makoul 2001),
6. The Calgary-Cambridge Observation Guide (CCOG) (Kurtz & Silverman 1996; Kurtz, Silverman & Draper 1998, 2005).

Lisää esimerkkejä erilaisista malleista löytyy runsaasti (ks. Rider, Volkan & Hafler 2008; Kurtz ym. 2005, 220). Edellä mainitut tutkimukseen perustuvat mallit ovat samantyyllisiä siinä mielessä, että niissä kuvataan keskeiset vuorovaikutusosaamisen osa-tekijät, jotka ovat yhteydessä parempiin hoitotuloksiin ja vastaanoton etenemiseen (Rider ym. 2008). Kalamazoo Consensus Statement on 21 lääke-

tieteen koulutuksen asiantuntijan koostama yhteinen lausunto lääkäripotilasvuorovaikutuksen keskeisistä tehtävistä ja niihin liittyvistä vuorovaikutustaidoista (ks. taulukko 1). Vuorovaikutuskoulutuksen keskeiset sisällöt ovatkin johdettavissa tästä jäsennyksestä. Tämä yhteisymmärrys syntyi tarkastelemalla kaikkia muita listassa mainittuja malleja, joten useimmat näistä elementeistä löytyvät myös jokaisesta yksittäisestä mallista (listassa mallit 2–6). Näin ollen mallit ovat mielestäni pikemmin samankaltaisia kuin erilaisia. Erona malleissa on se, että Stewart ja kollegat (1993) sekä Kurtz ja kollegat (1998, 2005) ovat luoneet mallin ympärille kokonaisen teoksen, kun taas muut mallit ovat lyhyempiä kuvauksia lääkäripotilasvuorovaikutuksen keskeisistä tehtävistä.

Vuorovaikutuskoulutuksen sijoittuminen lääketieteen tutkintoon vaihtelee eri maissa ja eri lääketieteen koulutusyksiköissä. Toisten tutkijoiden mielestä vuorovaikutusopinnot tulisi sijoittaa lääketieteen opintojen kliiniseen vaiheeseen, koska silloin vuorovaikutusosaamisen merkitys lääkärin työssä konkretisoituu opiskelijoille kliinisten kokemusten ja esimerkkien kautta (Rees, Sheard & McPherson 2002). Toiset tutkijat taas näkevät, että vuorovaikutuskoulutus olisi tärkeää heti opintojen alkuvaiheesta saakka, jotta lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutusosaamisen kehittymistä voidaan tukea systemaattisesti läpi lääketieteen opintojen (Hargie ym. 2010; van Dalen 2001).

Vuorovaikutusopintojen sisällyttäminen lääketieteen perustutkintoon ei ole ollut ongelmatonta. Kansainvälisissä tutkimuksissa ongelmiksi on nimetty ajan puute jo muutoinkin hyvin täydessä lääketieteen opetussuunnitelmassa, lääketieteen opetushenkilökunnan ristiriitaiset asenteet vuorovaikutusopintoja kohtaan (Hargie ym. 2010; Novack ym. 1993), haasteet lääkäripotilasvuorovaikutuksesta tehdyn tutkimuksen tulosten muokkaamisessa opetuksen tarpeita varten sekä oppimismenetelmien kehittämishaasteet (Kurtz & Silverman 1996). Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen opettajina ovat toimineet esimerkiksi psykologit, yleislääketieteen erikoislääkärit, psykiatrian erikoislääkärit (van Dalen ym. 2001), viestinnän asiantuntijat (Kurtz ym. 2005) sekä aidot tai simuloidut potilaat (Bokken ym. 2008). Haasteeksi onkin nimetty myös eri alojen asiantuntijoiden kouluttaminen vuorovaikutustaitojen opettajiksi (Kurtz & Silverman 1996). Toisaalta tietyissä maissa, kuten Hollannissa (van Dalen ym. 2001), lääketieteen tutkintoon on luotu systemaattisesti etenevä vuorovaikutusopintojen polku ja vuorovaikutusopintoja on kehitetty runsaasti. Myös

Iso-Britanniassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa lääketieteen vuorovaikutuskoulutusta on kehitetty ja tutkittu runsaasti (General Medical Council 2009; AAMC 2008).

Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen oppimismenetelminä käytetään nykyisin enenevässä määrin opiskelijakeskeisiä oppimismenetelmiä opettajakeskeisen luennoinnin sijaan tai sen rinnalla (Baumal & Benbassat 2008; Hargie ym. 2010). Kurtzin ja kollegojen (2005, 78) mukaan opiskelijakeskeisissä oppimismenetelmissä, kuten potilashaastatteluharjoituksissa simuloidun potilaan kanssa, opiskelijat osallistuvat itse aktiivisesti toimintaan. Heidän mukaansa keskeisin ero opettaja- ja opiskelijakeskeisillä oppimismenetelmillä on, pyritäänkö lisäämään tietoa vuorovaikutuksesta vai toimimaan tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti vuorovaikutustilanteissa. Opiskelijakeskeisillä menetelmillä voidaan saada aikaan muutoksia opiskelijoiden asenteissa sekä kehittää heidän vuorovaikutustaitojaan ja viestintästrategioitaan ymmärryksen kehittämisen lisäksi (Kurtz ym. 2005, 78). Esimerkiksi Helsingin yliopistossa vuorovaikutusopinnoissa on käytössä useita toisiaan täydentäviä menetelmiä, joiden avulla potilaan kohtaamista harjoitellaan (Pyörälä 2001, 183).

Simuloitujen oppimistilanteiden hyödyntäminen opetuksessa voidaan nähdä lääketieteen koulutuksen ja myös lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen erityispiirteenä. Aitojen potilaiden kohtaaminen lääketieteen opintojen aikana on aina ollut keskeinen osa lääketieteen koulutusta (Bokken ym. 2008). Aitojen potilaiden käyttö koulutuksessa ei kuitenkaan aina ole mahdollista. Nykyisin kiinnitetään enenevässä määrin huomiota potilasturvallisuuteen, jolloin simulaatioiden käyttäminen on perusteltua useissa eri yhteyksissä (Bradley 2006; Khan, Pattison & Sherwood 2011).

Simulaatio tarkoittaa todellisuutta jäljittelevää toimintaa, jolloin simulaatiossa voidaan jäljitellä tiettyä käyttäytymistä tai prosessia, joka tarjoaa analogian todelliseen toimintaan tai järjestelmään (Alinier 2007; Bradley 2006; Crookall & Saunders 1989). Bradleyn (2006, 255) mukaan terveydenhuollon alalla modernin simulaatiohistorian voidaan nähdä alkaneen 1950-luvulla. Hänen mukaansa nukkesimulaatiotekniikka on kehittynyt valtavasti siitä, kun ensimmäinen ihmisen toimintoja jäljittelevä harjoitusnukke (Anne-nukke) kehitettiin elvyttämisen harjoitteluun. Lääketieteen alalla simulaatio-opetus on lisääntynyt 1980-luvulta lähtien ja etenkin 2000-luvulla. Syitä simulaatio-opetuksen kasvuun on useita: lääketieteen opiskelijoille halutaan tarjota enemmän mahdollisuuksia kliinisessä työssä tarvittavien taitojen harjoitteluun opintojen aikana ja simulaatioharjoitusten avulla voidaan varmistaa, että koulutuksessa pystytään käymään läpi kaikki tavoitteena olevat teemat.

Tässä tutkimuksessa simulaatio tarkoittaa, että vuorovaikutuskoulutuksessa järjestetään aidon vuorovaikutustilanteen kaltainen harjoitustilanne. Lääkärin vastaanoton kaltainen tila lavastetaan luokkahuoneeseen tuolien ja pöytien avulla. Revisiittana käytetään lääkärin valkeaa takkia. Osallistujat toimivat lääkärin ja potilaan rooleissa ja potilaan roolissa on joko opiskelijatoveri tai harrastajanäyttelijä, joka saa valmiiksi kirjoitetun roolikuvauksen. Opiskelijat voivat harjoitella, kokeilla ja kokea simuloidussa vuorovaikutustilanteessa erilaisia toimintavaihtoehtoja ja niiden seurauksia ilman pelkoa siitä, että toiminnasta olisi aidolle potilaille haittaa tai vaaraa (Alinier 2007; Bradley 2006; Crookall & Saunders 1989). Lääkärin vastaanottoa simuloiviin eli jäljitteleviin vuorovaikutusharjoituksiin liittyy keskeisesti toiminnan reflektointi, joka nähdään linkkinä simulaation maailman tapahtuminen (fiktio) ja todellisuuden tapahtumien (sosiaalinen todellisuus) välillä. Reflektoinnin avulla pohditaan simuloidussa tilanteessa tapahtuneita ilmiöitä ja verrataan niitä sosiaalisen todellisuuden tapahtumiin. Fiktiivisen maailman ja todellisen maailman rinnastaminen sekä ajatus oppimisesta tämän rinnastuksen kautta on mielestäni vastaava kuin esteettisessä kahdentumisessa, jota käsitellään luvussa 4.4.

3.2 Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen oppimismenetelmien ja vaikuttavuuden tutkimustapoja

Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa käytettyjä oppimismenetelmiä on tutkittu 1970-luvulta lähtien ja usein oppimismenetelmiin liittyvä tutkimus yhdistyy vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuustutkimukseen. Oppimismenetelmät tarkoittavat niitä keinoja, joita käyttäen koulutukselle asetettuja tavoitteita lähestytään (Raustevon Wright ym. 2003, 204). Raivolan, Valtosen ja Vuorensyrjän (2000, 12) mukaan koulutuksen vaikuttavuustarkastelussa käsitteille vaikuttavuus, tehokkuus, taloudellisuus, laatu, tuottavuus, tuloksellisuus ja kannattavuus on annettu erilaisia merkityksiä eri tieteen- ja hallinnonaloilla. Heidän mukaansa koulutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan kuitenkin useimmiten toiminnalla tavoiteltavaa, positiivista koulutuksen onnistumista ja sen tavoitteiden ja tehtävien täyttymistä. Suomalaisessa tutkimuksessa ja kirjallisuudessa vaikuttavuus tarkoittaa yleisimmin oppimistavoitteiden

ja oppimisnäyttöjen vastaavuutta, eli tällöin tarkastellaan koulutuksen tavoitteiden saavuttamista tai toteutumista.

Vaikuttavuus ei kuitenkaan ole näin yksiselitteinen ilmiö. Esimerkiksi tavoitteiden asettamiseen liittyy useita ongelmia kuten se, että opetus voi tuottaa oppimistuloksia, vaikka koulutukselle asetetut tavoitteet eivät toteutuisi (Raivola ym. 2000, 12). Lisäksi vaikuttavuudessa voidaan erottaa toisistaan välittömät oppimisvaikutukset ja niillä aikaansaavat oppilaitoksen ulkopuoliset vaikutukset tai se voidaan ymmärtää yksilön tai yhteiskunnan tarpeiden tyydyttämisenä (Raivola ym. 2000).

Tässä tutkimuksessa vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuutta tarkastellaan arvioimalla koulutuksessa saavutettuja oppimistuloksia ja vertaamalla niitä opetuskokeilulle asetettuihin tavoitteisiin. Käsite vaikuttavuus viittaa tässä tutkimuksessa englanninkieliseen käsitteeseen *effectiveness*, joka viittaa koulutukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen (Fraser 1994, 104). Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen tutkimuksissa vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuutta (*effectiveness*) on tutkittu useimmiten oppimistavoitteiden ja oppimisnäyttöjen vastaavuutena etenkin oppimistulosten näkökulmasta, jolloin tutkimuksissa käytetään käsitteitä tulos (*outcome*) tai oppimistulos (*learning outcome*). Kun oppimismenetelmiä on verrattu tutkimuksissa toisiinsa, puhutaan myös menetelmien tehokkuudesta. Tällöin tehokkuus viittaa siihen, millaisia oppimistuloksia tietyllä oppimismenetelmällä on saavutettu toiseen tai toisiin menetelmiin verrattuna.

Tavoiteorientoitunut lähestymistapa on ollut suosittu lääketieteen vuorovaikutuskoulutusten vaikuttavuuden arvioinnissa. Tavoiteorientoituneessa arvioinnissa ideana on tarkastella, saavutettiinkö koulutuksessa sille asetetut tavoitteet (Cook 2010). Koulutuksen tulosten arviointitavat määräytyvät tavoitteiden perusteella. Tämän näkökulman vahvuutena on Cookin (2010, 297) mukaan sen yksinkertaisuus, mutta sillä on myös monia heikkouksia. Ensinnäkin tämä näkökulma ei ole joustava, vaan siinä keskitytään ennalta määrättyjen tavoitteiden toteutumisen tarkasteluun. Näin ollen se ei ota huomioon koulutuksen tuottamia satunnaisia oppimistuloksia. Heikkoutena on Cookin (2010, 297) mukaan myös se, että kouluttajat saattavat keskittyä vain tavoitteiden saavuttamiseen ja saattavat tahattomasti jättää huomioimatta muita opetukseen liittyviä keskeisiä asioita.

Koulutuksen vaiheittaisen arvioinnin mallissa Kirkpatrick (2006, 21–26) on erottanut neljä toisiinsa liittyvää tasoa, jotka ovat 1) koulutettavien reaktiot koulutukseen (asiakastyytyväisyys), 2) oppiminen (oppimistulokset, kuten asenteiden

muuttuminen, tietojen lisääntyminen ja taitojen kohentuminen), 3) koulutettavien käyttäytymisen muuttuminen ja 4) tulokset ja vaikutus ajan kuluessa (organisaatio- / järjestelmätason tuloksellisuus). Cook (2010) toteaa, että lääketieteen alalla vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuutta tutkittaessa kolmannella tasolla tarkasteltaisiin vuorovaikutuskäyttäytymisen muutoksia työelämässä ja neljännellä tasolla koulutuksen tuloksia suhteessa potilaisiin ja yhteiskuntaan, kuten potilastyytyväisyyttä, hoitoon sitoutumista tai hoitotuloksia. Tässä tutkimuksessa oppimistulosten tarkastelu voidaan sijoittaa Kirkpatrickin (2006) luomassa koulutuksen vaiheittaisen arvioinnin mallissa tasolle kaksi.

Oppimistulosten tarkastelunäkökulmasta katsottuna lääketieteen vuorovaikutuskoulutusten vaikuttavuuden arvioinnissa on erotettu tietojen, vuorovaikutustaitojen, asenteiden ja lopputulosten arviointi. Tietoa vuorovaikutuksesta on arvioitu tenttien, monivalintakysymysten, esseiden ja testien avulla (Kurtz ym. 2005). Vuorovaikutustaitojen arviointi on usein toteutettu arvioimalla koulutettavan henkilön potilashaastatteluharjoituksia ennalta sovittujen kriteerien tai arviointiasteikkojen avulla (Smith ym. 2007). Potilaan ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen arviointitarkoituksiin on kehitetty runsaasti erilaisia arviointimittareita (Boon & Stewart 1998; Hullman & Daily 2008). Vuorovaikutustaitojen arvioinnissa on käytetty standardoitu opitun arviointimenetelmänä myös OSCE-tenttiä (objective structured clinical examination) esimerkiksi siten, että opettaja-arvioija ja standardoitu potilas (näytteilijä) arvioivat lääketieteen opiskelijan vuorovaikutustaidot (Pyörälä ym. 2006).

Lääketieteen opiskelijoiden asenteita vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan on tutkittu esimerkiksi vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittarilla (Rees, Sheard & Davies 2002). Myös OSCE-tenttiä on hyödynnetty lääketieteen opiskelijoiden asenteiden arvioinnissa (Kelly, Fenlon & Murphy 2002). Lopputulosten arviointi liittyy ammatissa toimivien lääkäreiden vuorovaikutustaitojen arviointiin, mikä voidaan toteuttaa esimerkiksi videoimalla koulutukseen osallistuvan lääkärin todellisia potilaskohtaamisia ja arvioimalla niitä koulutuksen järjestäjien toimesta (Kurtz ym. 2005, 267). Arvioinnissa voidaan käyttää myös portfolioa, itsearviointia, vertaisarviointeja, ulkopuolisia arvioijia, potilasarviointeja, simulaatioita, simuloituja potilaita (Kurtz ym. 2005) tai 360-asteen arviointia, jossa arviointitietoa kerätään kollegoilta, potilailta ja muilta työntekijöiltä (Overeem ym. 2009).

Seurantatutkimuksen avulla on tutkittu lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen pitkäaikaisvaikutuksia. Tällöin vaikuttavuuteen liittyvää tietoa on kerätty esimerkik-

si heti koulutuksen jälkeen, kolmen kuukauden kuluttua ja vuoden kuluttua koulutuksesta. Tämän jälkeen on vertailtu eri mittauspisteissä saatuja tuloksia keskenään (ks. Fallowfield ym. 2002, 2003).

3.3 Tutkimuksia lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen oppimismenetelmistä

Tässä ja seuraavassa luvussa luon lyhyen katsauksen lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen oppimismenetelmistä ja vaikuttavuudesta tehtyyn aiempaan tutkimukseen, joka perustuu PubMed ja ERIC tietokantoihin tehtyihin hakuihin vuosina 2006 ja 2008 sekä tutkijan vuosien 2006–2012 aikana valikoimiin tieteellisiin julkaisuihin ja jatkuvaan tietojen päivittämiseen. Tiedonhaussa hakusanoina käytettiin seuraavia sanoja, joita yhdistettiin AND ja OR komennoin: *teaching, methods, education, medical, communication, students, trends, patient simulation, drama, forum theatre, role play, psychodrama, simulated patient, simulated patients, drama in education, theatre in education, drama in health education, theatre in health education, communication skills, medical education, experiences, CSAS*. Tuloksena saatiin satoja tutkimuksia, joista tutkija valikoi tutkimusaiheen näkökulmasta keskeisimmät.

Oppimismenetelmien tutkiminen ja kehittäminen on koettu lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen tutkimuskentällä tärkeäksi, sillä lääketieteen asiantuntijoilla ei useinkaan ole runsaasti aikaa vuorovaikutuskoulutukseen, jolloin oppimismenetelmien tulee olla tehokkaita (Berkhof ym. 2011). Oppimismenetelmiä on tutkittu lukuisissa yksittäisissä tutkimuksissa ja menetelmiin liittyvää tutkimusta on tiivistetty muutamassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (ks. Aspegren 1999; Berkhof ym. 2011; Cheraghi-Sohi & Bower 2008; Lane & Rollnick 2007) ja yhdessä meta-analyysissä (ks. Smith ym. 2007). Eri tutkimuksissa saatujen tulosten vertaaminen on ongelmallista, koska tutkimusasetelmat, tutkimusmenetelmät, analyysitavat sekä tutkimuksen kohteena olevien vuorovaikutuskoulutusten teoreettiset lähtökohdat, kestot ja kohderyhmät vaihtelevat runsaasti. Lisäksi oppimismenetelmiä tarkastelevissa tutkimuksissa otoskoot ovat olleet melko pieniä, mikä vaikuttaa tulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen.

Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa käytettyihin oppimismenetelmiin liittyviä klassisia tutkimuksia ovat Maguiren ja kollegojen tekemät tutkimukset. Vuon-

na 1976 Rutter ja Maguire osoittivat kontrolloidun kokeen avulla, että lääketieteen opiskelijat ($n = 12$), jotka saivat haastattelutaitojen opetusta potilaan sairauskertomuksen selvittämisessä, saivat selville yli kolme kertaa enemmän asianmukaista ja tarkkaa tietoa verrattuna opiskelijoihin ($n = 12$), jotka eivät saaneet ohjausta. Seuraavassa tutkimuksessa Maguire kollegoineen (1977) osoitti kokeellisen tutkimuksen avulla, että kokemuksellinen oppiminen oli potilashaastattelutaitojen oppimisessa tehokkaampaa kuin perinteinen mallioppiminen. Vuonna 1978 Maguire kollegoineen osoitti, että opiskelijat, jotka saivat palautetta haastattelutaidoistaan, saivat selville merkittävästi enemmän tietoa potilaasta kontrolliryhmän jäseniin verrattuna. Myöhemmin Maguire (1990) osoitti, että palautteen antaminen yhtä aikaa neljälle opiskelijalle oli yhtä tehokasta kuin yksilöllisen palautteen antaminen.

Systemaattisten kirjallisuuskatsausten ja meta-analyysin tulokset osoittavat, että pienryhmäkeskustelut, rakentavan palautteen antaminen opiskelijan videoidusta potilashaastatteluharjoituksesta (Smith ym. 2007) sekä roolipeli, palautteen antaminen ja pienryhmäkeskustelut (Berkhof ym. 2011) ovat tehokkaita vuorovaikutusosaamisen oppimismenetelmiä. Vuorovaikutustaitojen oppimisessa kokemukselliset oppimismenetelmät ovat osoittautuneet tehokkaammiksi kuin luennot (Aspergen 1999; Berkhof ym. 2011; Evans ym. 1989). Erilaisista kokemuksellisista oppimismenetelmistä ei ole kuitenkaan runsaasti vertailututkimusta (Aspegren 1999; Lane & Rollnick 2007).

Tällä hetkellä laajasti käytettyjä kokemuksellisia oppimismenetelmiä lääketieteen opiskelijoiden ja asiantuntijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa ovat simuloitut potilaat ja roolipeli (Hargie ym. 2010; Lane & Rollnick 2007; May ym. 2009). Simuloituja potilaita on käytetty lääketieteen alalla opetuksessa, arvioinnissa ja tutkimuksessa 1960-luvulta lähtien (Barrows & Abrahamson 1964). Nykyisin simuloituja potilaita käytetään lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa useissa eri maissa (Hargie ym. 2010; Lane & Rollnick 2007; van Dalen ym. 2001). Simuloitujen potilaiden opetuskäytön tehokkuutta tarkastelleessa kirjallisuuskatsauksessa todettiin, että suurin osa tutkimuksista ($n = 69$), joissa käytettiin opetus- ja oppimismenetelmänä simuloituja potilaita, osoitti, että koulutus vaikutti myönteisesti osallistujien tietoihin, taitoihin ja / tai asenteisiin (May ym. 2009). Myös roolipeliä on käytetty lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa laajalti useissa eri maissa (Lane & Rollnick 2007; Mansfield 1991; Nestel & Tierney 2007). Roolipelin ja simuloitujen potilaiden keskeisin ero on se, että roolipelissä osallistujat ovat itse sekä lääkärin että potilaan

rooleissa, mutta simuloituissa potilaissa osallistujat ovat vain lääkärin roolissa ja näyttelijä tai muu koulutettu henkilö eläytyy potilaan rooliin (Kurtz ym. 2005).

Simuloitujen potilaiden ja roolipelin käyttöä lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa tarkastelleessa kirjallisuuskatsauksessa Lane ja Rollnick (2007) korostivat, kuinka vähän näitä kahta menetelmää on vertailtu. Heidän kirjallisuuskatsauksessaan oli mukana 23 tutkimusta, joissa vertailtiin simuloitujen potilaiden tai roolipelin käyttöä kontrolliryhmään, didaktisiin menetelmiin tai muihin interaktiivisiin menetelmiin. Muutamissa tutkimuksissa menetelmiä myös vertailtiin keskenään. Tulokset osoittivat, että simuloitujen potilaiden tai roolipelin avulla harjoitteleiden osallistujien vuorovaikutustaidot kohenivat verrattuna kontrolliryhmän jäseniin. Vuorovaikutuskoulutukset, joissa käytettiin simuloituja potilaita tai roolipeliä, vaikuttivat tehokkaammin osallistujien vuorovaikutustaitoihin kuin koulutukset, joissa käytettiin pääosin didaktisia menetelmiä. Didaktiset menetelmät tarkoittivat eri tutkimuksissa koulutusmateriaaleihin perehtymistä tai luentoja.

Lanen ja Rollnickin (2007) kirjallisuuskatsauksen mukaan erilaisten interaktiivisten menetelmien ja roolipelin tai simuloitujen potilaiden väliset vertailututkimukset eivät ole osoittaneet tilastollisesti merkitseviä eroja osallistujien vuorovaikutustaidoissa. Tutkimuksissa verrattiin esimerkiksi neljää ryhmää, joista ensimmäinen harjoitteli vuorovaikutustaitoja simuloitujen potilaiden kanssa ja sai palautetta, toinen harjoitteli vuorovaikutustaitoja simuloitujen potilaiden kanssa mutta ei saanut palautetta, kolmas sai ainoastaan palautetta ja neljäs oli kontrolliryhmä (Fallowfield ym. 2002). Tulokset osoittivat, että vuorovaikutustaitojen harjoitteluun osallistuneiden lääkäreiden vuorovaikutustaidot kohenivat kontrolliryhmän jäseniin verrattuna, toisin kuin pelkästään palautetta saaneiden lääkäreiden vuorovaikutustaidot. Roche, Eccleston ja Sanson-Fisher (1996) vertasivat satunnaistetun kontrolloidun kokeen avulla neljää erilaista oppimismenetelmää tupakoinnin lopettamisen neuvonnassa. Menetelmät olivat 1) luento, 2) ääninauhoitettu roolipeli ja opettajan palaute, 3) roolipeli ja vertaispalaute sekä 4) videoitu roolipeli ja opettajan palaute. Luentoryhmää lukuun ottamatta kaikissa muissa ryhmissä olleiden opiskelijoiden neuvontataidot kohenivat koulutuksen vaikutuksesta, mutta näiden kolmen ryhmän välillä ei havaittu eroja. Erilaisten interaktiivisten menetelmien ja roolipelin tai simuloitujen potilaiden vertailututkimuksiin liittyy kuitenkin lukuisia menetelmällisiä heikkouksia, joten tuloksista ei voida tehdä varmoja johtopäätöksiä (Lane & Rollnick 2007).

Muutamissa aiemmissa vertailututkimuksissa on osoitettu, että simuloidut potilaat ja roolipeli ovat yhtä tehokkaita lääketieteen asiantuntijoiden tai opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa, kun tehokkuutta on tarkasteltu koulutuksessa saavutettujen oppimistulosten näkökulmasta (Lane, Hood & Rollnick 2008; Mounsey ym. 2006; Papadakis ym. 1997). Lane ja Rollnick (2007) korostavat, että lisäksi tarvittaisiin tutkimusta simuloitujen potilaiden ja roolipelin erityispiirteistä, yhtäläisyyksistä ja eroista.

Vaikka lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa käytettyjä oppimismenetelmiä on tutkittu paljon, ei lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä erilaisista kokemuksellisista oppimismenetelmistä ole runsaasti tutkittu (Rees ym. 2004; Lane & Rollnick 2007). Muutamia tutkimuksia lääketieteen opiskelijoiden näkemyksistä on kuitenkin tehty. Brittiläiset lääketieteen opiskelijat ovat kokeneet kokemukselliset oppimismenetelmät, kuten roolipelin ja harjoitusten videokuvaamisen, oppimisen kannalta mielekkäämpänä vaihtoehtona kuin luento-opetuksen (Rees ym. 2004). Lääketieteen opiskelijoiden näkemykset simuloiduista potilaista ovat olleet varsin myönteisiä (Bondevik, Smith-Sivertsen & Baerheim 2006; Eagles ym. 2001). Eaglesin ja kollegojen (2001) tutkimuksessa opiskelijat kokivat simuloidut potilaat aitoja potilaita parempana vuorovaikutustaitojen oppimismenetelmänä. Brittiläiset ensimmäisen vuoden lääketieteen opiskelijat (N = 284) ovat suhtautuneet myönteisesti opiskelijatoverin kanssa tehtyyn roolipeliin (Nestel & Tierney 2007). Suomalaisten lääketieteen opiskelijoiden mielestä roolipeli onnistuu paremmin, kun potilaana on joku toinen kuin oman vertaisryhmän jäsen (Laakso, Hiltunen & Larivaara 2000).

Asetelma roolipelissä ja simuloiduissa potilaissa voidaan nähdä teatterinkaltaisena, koska osa opiskelijoista toimii rooleissa tietyssä tilanteessa toisten seurattessa tapahtumia yleisöstä (Jacobsen ym. 2006). Teatteriesitystä on käytetty lääketieteen opetuksessa ja on havaittu, että tiettyä sairautta kuvanneen teatteriesityksen katsominen lisäsi katsojissa empatiaa ja ymmärrystä potilasta kohtaan (Shapiro & Hunt 2003). Lääketieteen opiskelijoiden esittämät pienoishäytelmät ovat soveltuneet hyvin luentojen havainnollistamiseen (Ünalan ym. 2009). Myös improvisaation tekniikoita on käytetty lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa ja opiskelijat ovat kokeneet improvisaation hauskaksi ja oppimista edistäväksi menetelmäksi (Hoffman, Utley & Ciccarone 2008).

Katsaus aiempaan tutkimukseen osoittaa, että osallistujia aktivoivat ja kokemukselliset oppimismenetelmät, palautteen antaminen sekä ryhmäkeskustelut ovat te-

hokkaita vuorovaikutuskoulutuksen oppimismenetelmiä. Erilaisista kokemuksellisista oppimismenetelmistä on kuitenkin niukasti vertailututkimusta. Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen tutkimuskentällä on käyty keskustelua erityisesti simuloitujen potilaiden ja roolipelin välisten erojen ja yhtäläisyyksien tutkimisen tarpeesta (Heaven 2009; Lane & Rollnick 2007). Keskustelua käydään sen vuoksi, että simuloitujen potilaiden käyttö opetuksessa vaatii runsaasti enemmän resursseja kuin roolipeli. Keskustelua käydään myös siksi, että simuloidut potilaat ja roolipeli mahdollistavat erilaisen oppimiskokemuksen: roolipelissä opiskelijoiden on mahdollista asettua potilaan asemaan, mutta simuloituna potilaana on aina joku muu henkilö (kuten näyttelijä) kuin vertaisryhmän jäsen (Heaven 2009; Kurtz ym. 2005; Lane & Rollnick 2007). Aiemmat tutkimukset eivät ole tarkastelleet laajasti simuloitujen potilaiden ja roolipelin erityispiirteitä, yhtäläisyyksiä tai eroja lääketieteen opiskelijoiden näkökulmasta, eikä opiskelijoiden näkemyksiä ole yhdistetty oppimistuloksiin. Simuloitujen potilaiden ja roolipelin käyttöä vuorovaikutuskoulutuksessa ei ole juurikaan tutkittu laadullisesti. Vaikka aiemmissa tutkimuksissa lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa on käytetty teatteriesitystä ja improvisaatiotekniikoita, ei osallistavan draamakasvatuksen genrejä, kuten työpajateatteria, ole sovellettu lääketieteen vuorovaikutuskoulutukseen tai kokeiluja ei ole systemaattisesti raportoitu.

3.4 Tutkimuksia lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuudesta

Lääketieteen opiskelijoille, asiantuntijoille ja potilaille suunnattua vuorovaikutuskoulutusta ja sen vaikuttavuutta on tutkittu runsaasti. Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuustutkimus on melko hajanaista, eikä yksittäisten tutkimusten tulosten tai systemaattisten kirjallisuuskatsausten tulosten vertaaminen tai tiivistäminen ole yksinkertaista. Tämä johtuu siitä, että vuorovaikutuskoulutusten teoreettiset taustat, sisällöt, laajuudet, kohderyhmät, menetelmät ja arviointitavat vaihtelevat runsaasti. Myös vaikuttavuuden tutkimuksessa käytetyt tutkimusasetelmat, tutkimusmenetelmät ja analysointitavat vaihtelevat, mikä vaikeuttaa tulosten vertaamista. Vaikuttavuustutkimuksen suuntaa voidaan kuitenkin hahmottaa tarkastelemalla systemaattisten kirjallisuuskatsausten ja meta-analyysien tuloksia.

Lääketieteen asiantuntijoille tai opiskelijoille suunnattujen vuorovaikutuskoulutusten vaikuttavuudesta on vuosien 1991–2011 aikana tehty 12 systemaattista kirjallisuuskatsausta (Berkhof ym. 2011). Berkhof ja kollegat (2011) analysoivat nämä kirjallisuuskatsaukset, joista kaksi keskittyi vertaamaan vuorovaikutuskoulutuksessa käytettyjä oppimismenetelmiä (Lane & Rollnick 2007; Cheraghi-Sohi & Bower 2008). Loput 10 systemaattista kirjallisuuskatsausta tarkastelivat tietyille kohde-ryhmille, kuten syöpälääkäreille ja syöpähoidon asiantuntijoille (Fellowes, Wilkinson & Moore 2004; Gysels, Richardson & Higginson 2004, 2005; Libert ym. 2001; Merckaert, Libert & Razavi 2005), lääkäreille ja / tai potilaille (Anderson & Sharpe 1991; Cegala & Broz Lenzmeier 2003; Rao ym. 2007), lääkäreille (Hulsman ym. 1999) sekä lääkäreille ja lääketieteen opiskelijoille (Aspegren 1999) suunnatun vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuutta. Systemaattisten kirjallisuuskatsausten tulosten analyysin perusteella Berkhof ja kollegat (2011) toteavat, että vaikuttaviksi osoittautuneet lääkäreille suunnatut vuorovaikutuskoulutukset kestivät vähintään yhden päivän, olivat oppijakeskeisiä ja niissä keskityttiin vuorovaikutustaitojen harjoitteluun. He tiivistävät, että vuorovaikutusosaamisen ylläpitämiseksi lääkäreiden vuorovaikutuskoulutuksen tulisi olla systemaattista ja jatkuvaa.

Edellä mainittujen systemaattisten kirjallisuuskatsausten lisäksi on tehty meta-analyysi lääketieteen opiskelijoille suunnatun vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuudesta (Smith ym. 2007). Koska tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena on lääketieteen opiskelijoille suunnattu vuorovaikutuskoulutus, olen tiivistänyt taulukkoon 2 Aspegrenin (1999) kirjallisuuskatsauksen sekä Smithin ja kollegojen (2007) meta-analyysin keskeiset tulokset ja johtopäätökset. Kuten taulukosta 2 käy ilmi, näistä tutkimuksista vain yksi (Moorehead & Winefield 1991) ei osoittanut vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuutta, mikä johtunee koulutuksen lyhyestä kestosta. Lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutusosaamista on siis mahdollista kehittää koulutuksen avulla, mutta vuorovaikutusosaamisen ylläpitämiseksi vuorovaikutuskoulutuksen tulisi olla systemaattista ja jatkuvaa.

Lääketieteen opiskelijoiden asennoituminen vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan on ollut nouseva tutkimuskohde viimeisten 10 vuoden aikana erityisesti siitä syystä, että General Medical Council (1993) on määrittänyt lääketieteen koulutukselle myös asenteisiin liittyvät oppimistavoitteet. Useat tutkijat (Doherty ym. 1992; Jenkins & Fallowfield 2002; Kelly ym. 2002; Rezler & Ten Haken 1984) ovat raportoineet myönteisiä tuloksia vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuudesta

Kohde-ryhmä	N ^a	Tutkimusasetelmat ja menetelmät	Tulokset ja johtopäätökset	Lähde
Lääketieteen opiskelijat ja asiantuntijat	83	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkimusasetelmia olivat satunnaistettu kontrolloitu koeasetelma (n = 31) tai jokin muu tutkimusasetelma (n = 52).^b - Vaikuttavuuden arviointimenetelmiä eri tutkimuksissa olivat osallistujien kurssiarvioinnit, opiskelijoiden kirjoittamat raportit potilashaastattelun sisällöstä, kognitiiviset testit, itsearviointimittarit, psykometriset testit, ulkopuolisen arvioijan suora havainnointi, video- tai ääninauhoitettujen potilashaastattelujen arviointi, OSCE-tentti, potilaiden arviot opiskelijoiden vuorovaikutuskäyttäytymisestä ja potilaiden terveysvaikutukset. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lääketieteen opiskelijat ja lääkärit jokaisella lääketieteen koulutuksen tasolla oppivat vuorovaikutustaitoja koulutuksen myötä. - Yksi tutkimus ei osoittanut koulutuksen vaikuttavuutta (ks. Moorehead & Winefield 1991). - Vuorovaikutustaidot unohtuvat helposti mikäli vuorovaikutuskoulutuksessa ei ole jatkumoa läpi lääketieteellisten opintojen. - Kokemukselliset oppimismenetelmät ovat tehokkaampia vuorovaikutustaitojen oppimisessa kuin luennot, mutta vertailututkimusta erilaisten kokemuksellisten oppimismenetelmien käytöstä ei juuri ole tehty. - Miehet oppivat vuorovaikutustaitoja hitaammin kuin naiset ja vuorovaikutuskoulutuksen seurantatutkimuksia on vähän. 	Aspegren 1999
Lääketieteen opiskelijat	15	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkimusasetelmia olivat satunnaistettu kontrolloitu koeasetelma sekä mittaaminen ennen ja jälkeen koulutuksen (n = 10) tai satunnaistettu kontrolloitu koeasetelma sekä mittaaminen koulutuksen jälkeen (n = 5). - Kontrolliryhmä ei saanut vuorovaikutuskoulutusta (n = 7) tai kontrolliryhmänä käytettiin ryhmää, joka sai vuorovaikutuskoulutusta eri menetelmällä (n = 8). - Vaikuttavuuden arviointimenetelminä käytettiin videoidun potilashaastattelun analysointia validin tarkistuslistan avulla tai OSCE-tenttiä kaikissa muissa paitsi Wolfin ja kollegojen (1987) tutkimuksessa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sekä prekliinisen että kliinisen vaiheen lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaidot kohenivat vuorovaikutuskoulutuksen myötä. - Vuorovaikutuskoulutus kehitti erityisesti opiskelijoiden lääkäri-potilassuhteen luomisen taitoja, taitoa osoittaa myötätuntoa sekä taitoa saada selville tietoa potilaasta. - Tehokkaimmiksi menetelmiksi osoittautuivat pienryhmäkeskustelut ja rakentavan palautteen antaminen videoidusta potilashaastattelusta. 	Smith ym. 2007

^a Tässä taulukossa N tarkoittaa kirjallisuuskatsaukseen (Aspegren 1999) tai meta-analyysiin (Smith ym. 2007) sisältyneiden tutkimusten määrää.

^b Aspegrenin (1999, 563) mukaan muu tutkimusasetelma saattoi olla ”open effect study or study with a non-randomized control arm” tai “descriptive study”.

lääketieteen opiskelijoiden tai ammatissa toimivien lääkäreiden asenteisiin, mutta toiset tutkijat ovat raportoineet päinvastaisia tuloksia ja osoittaneet, ettei vuorovaikutuskoulutus vaikuta myönteisesti koulutettavien asenteisiin (Batenburg & Smal 1997; Bombeke ym. 2011; Harlak ym. 2008b; Rees & Sheard 2003). Tästä voidaan päätellä, että vuorovaikutuskoulutus ei välttämättä takaa lääketieteen opiskelijoiden asenteiden muuttumista myönteiseen suuntaan.

Lääketieteen opiskelijoiden asenteita vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan on tutkittu laadullisesti täsmäryhmähaastattelujen avulla (Rees & Garrud 2001; Rees, Sheard & McPherson 2002). Laadullisten tutkimusten tulosten pohjalta on kehitetty vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittari (Rees, Sheard & Davies 2002). Mittarin validiteetti ja reliabiliteetti on useaan kertaan tutkittu (Cleland, Foster & Moffat 2005; Rees, Sheard & Davies 2002). Tällä mittarilla tehdyt tutkimukset on koottu taulukkoon artikkelissa IV. Nämä tutkimukset osoittavat, että lääketieteen opiskelijoiden asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan ovat muuttuneet negatiivisempaan suuntaan vuorovaikutuskoulutuksen aikana (Bombeke ym. 2011; Harlak ym. 2008b; Rees & Sheard 2003). Lääketieteen opiskelijoiden asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan näyttäisivät muuttuvan negatiivisempaan suuntaan myös sitä mukaa, kun he etenevät lääketieteen opinnoissa (Cleland ym. 2005). Lisäksi useissa tutkimuksissa on havaittu, että naiset suhtautuvat positiivisemmin vuorovaikutustaitojen oppimiseen kuin miehet (Bombeke ym. 2011; Cleland ym. 2005; Harlak ym. 2008b; Rees & Sheard 2002; 2003; Wright ym. 2006).

Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuudesta on tehty suhteellisen vähän seurantatutkimusta. Aiemmat seurantatutkimukset ovat osoittaneet, että niiden lääketieteen opiskelijoiden, jotka eivät saaneet vuorovaikutuskoulutusta, potilashaastattelutaidot heikkenivät kolmen klinisen vuoden aikana (Bishop ym. 1981). Vaikka lääketieteen opiskelijat ovat oppineet vuorovaikutustaitoja koulutuksen myötä, vuorovaikutustaidot heikkenevät pian koulutuksen jälkeen sekä erityisesti opintojen klinisessä vaiheessa (Craig 1992; Engler ym. 1981). Tämän on nähty johtuvan systemaattisen vuorovaikutustaitojen harjoittelun vähäisyydestä lääketieteen opintojen aikana sekä siitä, että kun lääketieteen opiskelijat oppivat lääketieteellistä ongelmanratkaisua, heidän on vaikeampaa kiinnittää huomio potilaan näkökulmaan. Tutkimuksissa on myös todettu, että lääketieteen opiskelijoiden empaattisuus potilasta kohtaan heikkenee lääketieteen opintojen aikana (Hojat ym. 2004). Vuorovaikutustaitoja tulisikin kouluttaa systemaattisesti lääketieteen opintojen prekliinisessä

ja kliinisessä vaiheessa lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutusosaamisen ylläpitämiseksi (Bishop ym. 1981; Evans ym. 1993; Smith ym. 2007).

Toisaalta seurantatutkimuksilla on osoitettu, että hyvin järjestetty vuorovaikutuskoulutus, joka sisältää monipuolisesti vuorovaikutustaitojen harjoittelua kokemuksellisten oppimismenetelmien avulla, voi vaikuttaa myönteisesti työssä olevien lääkäreiden vuorovaikutustaitoihin sekä heidän asenteisiinsa hoidon potilaskeskeisyyttä kohtaan heti koulutuksen jälkeen, kolme kuukautta koulutuksen jälkeen (Fallowfield ym. 2002) sekä vielä vuoden kuluttua koulutuksesta (Fallowfield ym. 2003).

Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuutta tarkastelevissa tutkimuksissa on havaittavissa ideaali siitä, että koulutuksen vaikuttavuudesta saadaan vahvinta ja luotettavinta näyttöä, kun tutkimusasetelmana käytetään satunnaistettua kontrolloitua koeasetelmaa ja kun vaikuttavuutta arvioidaan havaittavissa olevien vuorovaikutustaitojen kohenemisen näkökulmasta standardoitujen arviointimenetelmien tai -mittareiden avulla (ks. Berkhof ym. 2011; Norman & Schmidt 2000; Rao ym. 2007). Satunnaistetun kontrolloidun koeasetelman käyttäminen koulutuksen vaikuttavuuden tutkimusasetelmana ei kuitenkaan ole yksiselitteistä. Norman ja Schmidt (2000) ovat kritisoineet, että usein satunnaistettu ja kontrolloitu tutkimusasetelma on käytännössä hankala, jopa mahdoton, toteuttaa. Satunnaistaminen voi olla mahdollista teoriassa, mutta ei käytännössä. Satunnaistamiseen tulisi liittyä niin sanottu ”sokea ryhmiin jakaminen” eli osallistujien tai opettajien ei tulisi tietää, missä ryhmässä he ovat. Tämä on kuitenkin usein mahdotonta koulutusta tutkittaessa. Lisäksi koulutukseen liittyy lukuisia muuttujia (kuten tila, resurssit, opettajat, osallistujat, instituution ilmapiiri), joiden kontrollointi käytännössä on vaikeaa. Näin ollen koulutuksen vaikuttavuuden tutkimiseen liittyy aina epävarmuutta, vaikka tutkimusasetelmana käytettäisiin satunnaistettua kontrolloitua koeasetelmaa.

Koska aiemmat tutkimukset osoittavat, että eri tutkimusten tulosten vertaaminen on vaikeaa, voisi ajatella, että vertailevan tutkimusasetelman avulla saataisiin luotetavampaa vertailutietoa kolmen kokemuksellisen oppimismenetelmän soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Koska vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuutta on tarkasteltu enimmäkseen määrällisin menetelmin, voisi laadullinen tutkimusote tuoda uutta ymmärrystä koulutuksen vaikuttavuuteen liittyvistä tekijöistä.

4. Tutkimuksen teoreettinen tausta

Tutkimuksen teoreettinen tausta kiinnittyy alakohtaiseen viestintäpedagogiikkaan, konstruktivistiseen oppimisnäkemykseen, kokemukselliseen oppimiseen sekä draamakasvatukseen ja esteettisen kahdentumisen käsitteeseen. Tutkimuksessa ajatellaan, että oppiminen on oppijan aktiivista kognitiivista ja sosiaalista toimintaa, jolloin oppija valikoi ja tulkitsee informaatiota ja rakentaa ymmärryksensä maailmasta ja sen ilmiöistä pohjaten tulkintansa aiempiin tietoihinsa, käsityksiinsä ja kokemuksiinsa. Oppiminen tapahtuu sosiaalisessa ja kulttuurisessa kontekstissa, jolloin myös oppimistilanteessa tapahtuva vuorovaikutus on oppimisessa keskeistä. Tiedon ja ymmärryksen rakentuminen voi tapahtua kokemuksen ja sen reflektoinnin avulla sekä vertaamalla fiktiivisen ja sosiaalisen todellisuuden kokemuksia keskenään. Seuraavissa luvuissa tarkastellaan yksityiskohtaisemmin näitä teoreettisia lähtökoh-
tia ja yhdistetään ne puheviestinnän opetuskokeiluun.

4.1 Alakohtainen viestintäpedagogiikka

Lääketieteen opiskelijoille suunnattu puheviestinnän opetuskokeilu integroitiin osaksi lääketieteen opintoja. Tutkintoon integroidulla puheviestinnän opetuksella (communication-across-the-curriculum program, CXC) on 25 vuoden historia. Tällä hetkellä elämme niin sanottua uteliaisuuden vaihetta (2001–nykyinen hetki), jolloin tutkimus on keskittynyt tarkastelemaan alakohtaista puheviestinnän opetusta (Dannels & Housley Gaffney 2009, 132). Vuonna 2001 Deanna Dannels julkaisi artikkelin, jossa hän peräänkuulutti uutta alakohtaista menetelmällistä ja pedagogista teoriataustaa integroidun puheviestinnän opetukseen. Tälle teoreettiselle tausta-ajatukselle hän antoi nimen Communication in the Disciplines (CID), jonka suomenkielinen vastine on alakohtainen viestintäpedagogiikka (Hyvärinen 2011).

Alakohtaisen viestintäpedagogiikan pääkohdat voidaan tiivistää Dannelsia (2001) ja Hyväristä (2011) mukaillen seuraavasti: 1) vuorovaikutusosaamisen kriteerit mää-

ritellään alakohtaisesti, 2) alakohtaisesti määrittyvää vuorovaikutusosaamista opitaan alalle tyypillisissä vuorovaikutuskonteksteissa, 3) vuorovaikutusosaamisen oppiminen on tilannesidonnaista ja sosiaalista toimintaa ja 4) alakohtaiset erityisvaatimukset tulee ottaa huomioon vuorovaikutusosaamisen arvioinnissa.

Alakohtaisen viestintäpedagogiikan periaatteiden mukaan vuorovaikutusosaaminen on ensinnäkin alakohtaisesti määrittyvää ja sidoksissa tietyn alan omiin arvoihin, arvostuksiin, odotuksiin, normeihin ja hyväksyttyihin käytänteisiin (Dannels 2001). Sen vuoksi on keskeistä pyrkiä hahmottamaan, millaisia vaatimuksia vuorovaikutusosaamiseen tietyllä alalla liitetään.

Toiseksi vuorovaikutusosaamista opitaan alalle tyypillisissä vuorovaikutuskonteksteissa. Puhuminen on kulttuurisidonnaista ja tietyllä alalla on sille tyypillisiä puhumisen genrejä, kuten esimerkiksi tyypillisiä tapoja pitää esitelmä tai haastatella potilasta (Dannels 2001). Genre tarkoittaa tässä yhteydessä sosiaalisesti määrittynyttä käsitystä tietyistä vuorovaikutuskontekstista (Dannels 2001; Miller 1984). Nämä puhumisen ”paikat” ovat niitä, joissa alakohtaista tietoa ja asiantuntemusta tuotetaan ja opitaan ja joissa opiskelijat oppivat, millaista on olla tietyn alan asiantuntija ja osa asiantuntijayhteisöä (Dannels 2001). Lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksen näkökulmasta voidaan pohtia, millaiset puhumisen genret ovat keskeisiä lääketieteen alalla ja mitä erityispiirteitä niihin liittyy.

Kolmanneksi vuorovaikutusosaamisen oppiminen on tilannesidonnaista ja sosiaalista toimintaa. Dannelsin (2001, 151) mukaan vuorovaikutusosaamisen oppimista voidaan pitää tilannelähtöisenä toimintana, jolloin vuorovaikutusosaaminen kytkeytyy siihen kontekstiin, jossa osaamisen oletetaan tulevan näkyväksi. Hän viittaa Laven ja Wengerin (1991) näkemyksiin tilannesidonnaisesta oppimisesta. Laven ja Wengerin (1991) mukaan oppimista ei määritellä tiedon kognitiiviseksi prosessoinniksi, vaan sosiaalisesti osallistumiseksi, joten oppiminen ja ymmärtäminen perustuvat sosiaalisiin vuorovaikutuksellisiin prosesseihin, joita on mahdotonta erottaa kontekstistaan. Heidän ajatuksensa on, että oppiminen tapahtuu osallistumalla asteittain asiantuntijayhteisön toimintaan (legitimate peripheral participation). Tästä näkökulmasta on perusteltua sitoa vuorovaikutusosaamisen oppiminen alakohtaisesti merkittäviin vuorovaikutuskonteksteihin.

Neljänneksi vuorovaikutusosaamisen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon alakohtaiset erityisvaatimukset. Kuitenkaan tutkimusta, jossa tarkastellaan tietyn alan kannalta relevantin vuorovaikutusosaamisen saavuttamista vuorovaikutuskoulutuksen

tuloksena, ei ole juuri tehty (Dannels 2001, 150). Tähänastinen alakohtaisen viestintäpedagogiikan tutkimus on keskittynyt tarkastelemaan erilaisia alapidonnaisia vuorovaikutuskonteksteja ja niissä tarvittavia vuorovaikutustaitoja esimerkiksi teknisillä aloilla (Dannels 2002; Darling & Dannels 2003; Darling 2005), kauppatieteen (Cyphert 2002), muotoilun (Dannels 2005b; Morton & O'Brien 2005), ravitsemustieteen (Vrchota 2011) sekä lääketieteen aloilla (Haber & Lingard 2001; Lingard ym. 2003a; Lingard ym. 2003b). Lisäksi on tutkittu autenttisiin työtilanteisiin integroitua alakohtaista vuorovaikutuskoulutusta farmasian alalla (Hyvärinen 2011). Lääketieteen osalta tutkimukset ovat tarkastelleet esiintymistaitojen oppimista (Haber & Lingard 2001) ja lääketieteen alalle tyypillistä tapaustelostusta puhumisen genrenä (Lingard ym. 2003a; Lingard ym. 2003b), mutta eivät juurikaan kokemuksellisia oppimismenetelmiä tai vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuutta.

Tässä tutkimuksessa lääketieteen opiskelijoille suunnattu puheviestinnän opetuskokeilu perustuu alakohtaiseen viestintäpedagogiikkaan siitä näkökulmasta, että puheviestinnän opetus integroitiin lääketieteen opintojaksoon ja opetuskokeilu suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä lääketieteen ja puheviestinnän opettajien kanssa. Opetukseen sisältyi osallistuminen asiantuntijayhteisön toimintaan vuorovaikutustilanteiden havainnoinnin ja analysoinnin muodossa.

Alakohtaisen viestintäpedagogiikan näkökulmaa voidaan myös kritisoida. Se tarkastelee oppimista alapidonnaisen kontekstin ja vuorovaikutuksen kautta, mutta se ei tarkastele opiskelijan omaan toimintaan liittyviä vaatimuksia tai oppimistilanteessa syntyvien kokemusten ja niiden reflektoinnin avulla tapahtuvaa oppimista (Hyvärinen 2011, 26). Se ei myöskään selitä, kuinka yksilö voi konstruoida tietoa. Lisäksi asiantuntijayhteisöön osallistumalla tapahtuvaan oppimiseen voi sisältyä se riski, että samat rutiinit ja totut ajatusmallit siirtyvät tiedostamatta ammattilaisilta nuoremmille ammattilaisille. Pelkästään nykykäytäntöjä vahvistava koulutus ei kuitenkaan asiantuntijuuden kehittymisen näkökulmasta ole mielekäs.

4.2 Konstruktivistinen oppimisnäkemys

Tässä tutkimuksessa alakohtaisen viestintäpedagogiikan teoriataustaa laajennetaan konstruktivistisen oppimisnäkemysten, kokemuksellisen oppimisen ja draamakasvatuksen alaan kuuluvan esteettisen kahdentumisen käsitteen tarkastelun avulla.

Konstruktivismi on laaja käsite, jolla voidaan tarkoittaa tietoteoriaa, opetuksen ja kasvatuksen teoriaa tai jopa kaiken kattavaa maailmankatsomusta (Puolimatka 2002, 32). Konstruktivismi ei ole yhtenäinen teoria, vaan sillä on useita eri suuntauksia, kuten kognitiivinen konstruktivismi ja erilaiset sosiokulttuuriset teorit (Steffe & Gale 1995; Tynjälä 1999b). Näitä suuntauksia yhdistää ajatus siitä, ettei tieto ole tietäjästään riippumatonta objektiivista heijastumaa maailmasta, vaan se on aina yksilön tai yhteisöjen rakentamaa, eli tieto rakentuu sekä kognitiivisesti että sosiaalisesti (Puolimatka 2002, 82; Tynjälä 1999b, 37).

Konstruktivistisen oppimisenäkemyksen mukaan oppiminen ei siis ole passiivista tiedon vastaanottamista, vaan se on oppijan aktiivista kognitiivista ja sosiaalista toimintaa, jossa hän jatkuvasti rakentaa kuvaansa maailmasta ja sen ilmiöistä tulkiten uutta informaatiota aiempien tietojensa ja käsitystensä pohjalta sekä osallistuen sosiaalisten yhteisöjen toimintaan (Tynjälä 1999a, 163; Tynjälä 1999c; Tynjälä, Heikkinen & Huttunen 2005, 21). Rauste-von Wright & von Wright (1994, 15) ovat luonnehtineet konstruktivistista oppimisenäkemystä seuraavasti:

”Sen keskeisenä ideana on, että tieto ei siirry, vaan oppija ”konstruoi” sen itse: hän valikoi ja tulkitsee informaatiota, jäsentää sitä aiemman tietonsa pohjalta ja siihen nivoutuvana, ”rakentaa” kokemustensa välityksellä kuvaa siitä maailmasta, jossa hän elää, ja itsestään maailman osana. Tämä konstruointi- eli oppimisprosessi on aina sidoksissa siihen tilanteeseen ja kulttuuriin, jossa se tapahtuu, ja se ankkuroituu aina sosiaalisiin vuorovaikutusprosesseihin ja niiden välityksellä syntyneisiin merkitysrakenteisiin.” (Rauste-von Wright & von Wright 1994, 15.)

Kognitiivisen konstruktivismin näkökulmasta oppiminen on yksilön sisäisten mallien (eli skeemojen) muodostumista ja muuttumista (von Glasersfeld 1995). Von Glasersfeldin (1995, 6) mukaan skeema-käsitteen on alun perin luonut Jean Piaget (1988), ja Piaget’n ajattelu onkin kognitiivisen konstruktivismin pohjana. Tynjälän, Heikkisen ja Huttusen (2005, 24–25, 37–38) mukaan skeemat ovat yksilön muodostamia käsityksiä todellisuudesta, kuten siitä, mistä eri asiat koostuvat tai miten tapahtumat etenevät. Skeemat ovat keskeisiä uuden oppimisessa, koska ne ohjaavat havaintojamme ja koska tulkitsemme niiden perusteella uutta informaatiota. Ihmisten luomat skeemat ovat erilaisia, minkä vuoksi sama tilanne voidaan tulkita eri tavoin. Kognitiiviseen konstruktivismiin perustuvassa opetuksessa huomio kiinnittyy oppijan ymmärryksen tukemiseen ja metakognitioon, ja opettajan on tärkeää tuntee opiskelijoidensa ajattelutapaa sekä saattaa heitä tiedostamaan käsityksensä. Opettajan tulee myös tarjota keinoja, joiden avulla opiskelijat voivat verrata omia käsityk-

siään ja tieteellisiä käsityksiä ja prosessoida näitä aktiivisesti (Tynjälä ym. 2005, 24–25, 37–38; von Glasersfeld 1995).

Tynjälän, Heikkisen ja Huttusen (2005, 28) mukaan sosiokulttuurisissa oppimisen teorioissa lähtökohtana on Vygotskyn (1978) lähikehityksen vyöhyke-käsite. Heidän mukaansa se tarkoittaa oppijan aktuaalisen ja potentiaalisen taito- ja kehitystason välistä etäisyyttä. Oppija yltää aktuaaliselle kehitystasolle itsekseen toimimalla, mutta potentiaalisen kehitystason hän voi saavuttaa vasta vanhemman, opettajan tai jonkun muun osaavan henkilön avustuksella. Lähikehityksen vyöhykkeellä toimiminen tarkoittaa, että opiskelijoille järjestetään sellaisia tehtäviä, jotka he pystyvät ratkaisemaan yhdessä, vaikka eivät siihen vielä yksin pystyisi. Tämä näkökulma oppimiseen korostaa Tynjälän, Huttusen ja Heikkisen (2005, 28) mukaan, että vuorovaikutuksessa toisten kanssa omaa ajattelua on ulkoistettava, minkä seurauksena ajatuksia ja ideoita voidaan kehittää ja syntyy sellaisia uusia ajatuksia, joita yksilöt eivät yksin pohtimalla välttämättä keksisi. Heidän mukaansa vuorovaikutuksen avulla päästään eri näkökulmien väliseen dialogiin ja merkitysneuvotteluun ja opiskelijoiden on mahdollista huomata, etteivät kaikki ajattele samoin. Esimerkiksi alakohtaisen viestintäpedagogiikan oppimisteoreettiseen taustaan kuuluva tilannesidonnan oppimisen teoria (Lave & Wenger 1991) liitetään sosiokulttuuriin oppimisen teorioihin (Tynjälä 1999b, 50).

Edellä mainitut konstruktivismiin eri painotukset eroavat toisistaan lähinnä siinä, millaisen painoarvon ne antavat yksilölle ja sosiaalisuudelle oppimisessa. Konstruktivismiin eri suuntauksien erottelu toisistaan ei kuitenkaan ole näin yksinkertaista, koska esimerkiksi yksilön tiedon konstruointia tarkasteleva kognitiivinen konstruktivismi myöntää, että tiedon rakentamisessa sosiaalinen vuorovaikutus toisten kanssa on tärkeää (Miettinen 2000, 276; von Glasersfeld 1995, 11–12).

Tämä tutkimus sijoittuu kognitiivisen konstruktivismiin ja sosiokulttuuristen teorioiden välimaastoon ja se edustaa näitä kahta yhdistävää näkökulmaa. Sekä oppijan oma toiminta ja tiedonmuodostus että vuorovaikutus toisten oppijoiden kanssa sosiaalisessa ympäristössä nähdään tärkeinä oppimisessa. Tämä näkökulma huomioitiin puheviestinnän opetuskokeilussa siten, että opetuksessa kiinnitettiin huomio opiskelijoiden aiempiin haastattelukokemuksiin, heidän aiempiin käsityksiinsä lääkärin tarvitsemasta vuorovaikutusosaamisesta, oman toiminnan arviointiin, aktiiviseen tiedon rakentamiseen sekä yksin että ryhmässä sekä teorian ja käytännön yhteen nivomiseen.

4.3 Kokemuksellinen oppiminen

Puheviestinnän opetuksessa erityisesti vuorovaikutustaitojen harjoittelu sekä harjoituksen jälkeen tapahtuvat palautekeskustelut ja itsearviointi voidaan yhdistää kokemukselliseen oppimiseen. Tässä työssä kokemuksellista oppimista lähestytään historiallisesti pikemmin John Deweyn (1859–1952) ajattelun kuin humanistisen psykologian perinteen kautta, jolloin kokemuksellinen oppiminen ja konstruktivistinen oppimisnäkemys lähenevät toisiaan (Rauste-von Wright & von Wright 1994). Dewey on nähty kokemuksellisen oppimisen, reflektiivisen ajattelun ja konstruktivistisen oppimiskäsityksen perustelijana (Miettinen 1998, 85).

Kokemuksellista oppimista ovat myöhemmin määritelleet useat tutkijat, kuten David Kolb (1984), jonka kehämäisen oppimisen mallin lähtökohtana on konkreettinen kokemus. Oppimista kuvataan kehänä, jossa omakohtainen kokemus, kokemuksen käsitteellistäminen, reflektiivinen havainnointi ja aktiivinen toiminta muodostavat jatkuvasti kehittyvän prosessin (Kolb 1984, 40–42). Malli kuvaa kokemuksellisen oppimisen prosessimaista luonnetta ja tuo esiin sekä kokemuksellisen toiminnan että reflektiivisen havainnoinnin ja käsitteellistämisen merkityksen oppimisessa. Miettinen (1998, 94) on kuitenkin kritisoinut Kolbin mallia yksinkertaistetuksi. Myös Nevgi ja Lindblom-Ylänne (2003, 97) kritisoivat mallia ja toteavat, ettei se huomioi opiskelijan aikaisempien tietojen ja käsitysten merkitystä oppimisessa.

Useat kokemuksellisen oppimisen tutkijat ovat kuitenkin nähneet aikuisen kokemuksellisessa oppimisessa hänen rikkaan kokemusvarastonsa ja elämäkokemuksensa oppimisen kannalta keskeisenä (Boud ym. 1993; Knowles 1990; Malinen 2000). Esimerkiksi Malinen (2000, 60) toteaa, että lähtökohtaisesti jokaisella aikuisella on oma ainutlaatuinen kokemushistoriansa, joka muodostaa aikuisen elämämaailman. Nämä niin sanotut ensisijaiset kokemukset ja henkilökohtainen tieto liittyyvät toisiinsa ja muodostavat henkilökohtaisen kokemuksellisen tiedon kokonaisuuden (personal experiential knowing). Malinen (2000, 137) mukaan aikuisen kokemuksellinen oppiminen on rekonstruktioprosessi, joka muuttaa aikuisen henkilökohtaista tietämistä maailmasta holistisesti ja tämän rekonstruktioprosessin sisällä luodaan täsmällisempää tietoa siten, että tietämisen rakenne, eli jo olemassa olevat käsitykset, muuttuu tai laajenee.

Kokemuksellisessa oppimisessa kokemus stimuloi oppimista (Boud ym. 1993; Malinen 2000). Kokemus tarkoittaa merkityksellistä tapahtumaa, jossa oppija on

aktiivisesti tekemisissä ympäristönsä kanssa (Boud ym. 1993, 6). Oppijat konstruivat kokemuksiaan aktiivisesti ja antavat kokemuksilleen merkityksiä reflektiivisen toiminnan avulla. Oppijoiden odotukset, tiedot, asenteet ja tunteet vaikuttavat siihen, kuinka he tulkitsevat oppimistilanteen ja millaisia merkityksiä he kokemukselleen antavat (Boud ym. 1993).

Reflektio on kokemuksen merkityksellistämistä ja se tarkoittaa niitä älyllisiä ja affektiivisia prosesseja, joiden avulla yksilö pyrkii havainnoimaan, uudelleen arvioimaan ja ymmärtämään kokemuksiaan ja näin työstämään kokemustaan oppimiseksi (Boud ym. 1993, 9; Boud, Keogh & Walker 1985, 3). Reflektio on siis kokemuksen tietoista pohdintaa. Reflektion tuloksena on mahdollista ymmärtää kokemusta ja omaa toimintaa paremmin sekä asettaa uusia tavoitteita tulevalle toiminnalle. Reflektio ei ole vain yksilön, vaan se voi olla myös ryhmän prosessi. Kun ryhmä kokee tietyn tapahtuman, jokainen yksilö ryhmästä tulkitsee kokemuksen omalla tavallaan, jolloin keskustelu toisten kanssa voi auttaa huomaamaan yhtäläisyyksiä ja eroja omien tulkintojen kanssa (Boud ym. 1993, 10; Malinen 2000).

Reflektio on keskeistä kokemuksellisessa oppimisessa myös Schönin (1983; 1987) mielestä. Hänen näkemyksensä reflektiivisestä ammattilaisesta tuo esiin toiminnanaikaisen reflektion ja toiminnan jälkeen tapahtuvan reflektion. Asiantuntijalla on omasta alastaan samanaikaisesti sekä kokonaisuuksiksi järjestäytynyttä tietoa että käytäntöön liittyvää rutinoitunutta tietoa. Asiantuntija pystyy havainnoimaan ja pohtimaan toimintaansa ja korjaamaan virheitään epätavallisissa tai yllättävissä tilanteissa. Tästä toimintaan sidotusta ajattelusta Schön (1983, 54) käyttää nimeä toiminnanaikainen reflektio (reflection-in-action), joka liittyy ongelmatilanteisiin: samalla kun teemme jotain, on mahdollista myös pohtia sitä, mitä olemme tekemässä. Lisäksi asiantuntija tarvitsee työssään toiminnan jälkeistä reflektiota (reflektion-on-action) eli taitoa arvioida omaa työskentelyään toiminnan jälkeen ja valmiutta hyödyntää saamiaan kokemuksia uusissa tilanteissa (Schön 1987, 26).

Boudin ja kollegojen (1993, 8–16) mukaan kokemuksellinen oppiminen nähdään usein kokonaisvaltaisena oppimisena, jolloin myös tunteiden ja asenteiden merkitys oppimisessa tuodaan esiin. Tunteet vaikuttavat oppimiseen ja ne mahdollistavat tai yhtä hyvin ehkäisevät oppimista. Esimerkiksi negatiivisesti koettu tilanne voi voimistaa oppijan negatiivisia mielikuvia, ja sen vuoksi oppiminen on erilaista riippuen siitä, koetaanko oppimistilanne myönteisesti tai kielteisesti. Kokemuksellinen oppiminen on myös sosiaalisesti ja kulttuurisesti konstruotua. Oppija konstruoi koke-

mustaan tietyssä sosiaalisessa tilanteessa, johon liittyy aina myös kulttuuriset arvot, eikä oppiminen tapahdu erillään sosiaalisista normeista tai arvoista.

Kokemuksellisessa oppimisessa oppija muodostaa reflektion avulla oman ymmärryksensä koetusta asiasta tai ilmiöstä (Boud ym. 1993; Malinen 2000). Tässä kohtaa on mielestäni yhteys konstruktivistiseen oppimisnäkemykseen, jossa myös korostetaan oppijan omakohtaista tiedon rakentamista. Molemmat oppimisnäemykset perustuvat ajatukseen, että oppija konstruoi tietoa antaessaan merkityksiä kokemuksilleen (Malinen 2000, 150). Molemmissa huomioidaan oppimisen tilannesidonnaisuus ja sosiaalisuus. Näin ollen nämä kaksi näkemystä oppimisesta eivät ole ristiriitaisia vaan sallivat toistensa läsnäolon. Sutherlandin (1997, 90) mukaan konstruktivistit painottavat enemmän oppimisen strategioita kuin kokemuksellisen oppimisen kannattajat, kun taas molemmat korostavat käsitteiden oppimista.

Kun oppiminen nähdään tiedon konstruointiprosessina, on Rauste-von Wrightin ja von Wrightin (1994, 143–144) mukaan löydettävissä sekä teoreettisia että empirisiä perusteluja kokemuksellisten oppimismenetelmien käytölle. He selventävät, että kokemuksellisten oppimismenetelmien käytössä olennaista on oppijan reflektiivisen toiminnan suuntaaminen ja koulutuksen tavoitteet vaikuttavat siihen, kuinka kokemuksellisia oppimismenetelmiä on tarkoituksenmukaista käyttää.

Tässä tutkimuksessa ajatellaan, että kokemuksellisessa oppimisessa ihminen on kosketuksissa elämismaailmaansa ja siihen sisältyvien aiempien tietojen, käsitysten ja kokemusten kanssa. Kokemus tarkoittaa merkityksellistä tapahtumaa, jossa oppija on aktiivisesti tekemisissä ympäristönsä kanssa. Kokemuksista oppiminen edellyttää kokemusten reflektointia. Kokemuksellinen oppiminen on yksityinen prosessi, mutta siihen vaikuttaa sosiaalinen ympäristö ja vuorovaikutus toisten kanssa.

Puheviestinnän opetuskokeilussa kaikki kolme oppimismenetelmää olivat kokemuksellisia oppimismenetelmiä. Kokemuksellinen oppimismenetelmä tarkoittaa tässä tutkimuksessa sellaista oppimismenetelmää, joka mahdollistaa aktiivisen vuorovaikutustaitojen harjoittelun ja harjoituskokemuksen reflektoinnin. Vuorovaikutusharjoituksissa luotiin kokemuksia lääkärin (ja potilaan) roolissa olemisesta ja reflektointiin kokemuksia yksin ja yhdessä toisten kanssa. Vaikka lääketieteen opiskelijoilla ei ole opintojensa alkuvaiheessa omakohtaista kokemusta lääkärinä toimimisesta, vuorovaikutuskoulutusta suunniteltaessa voidaan Pyörälän (2006) mukaan ajatella, että lääketieteen opiskelijoilla on lähes aina omia kokemuksia vastaanottotilanteista potilaan näkökulmasta. Lääkärin toimintaa määrittävät kulttuuriset mieli-

kuvat lääkärin vastaanotosta, joihin pohjautuen opiskelijat arvioivat opintojensa alussa omaa ja vertaisryhmäläisten toimintaa lääkärin roolissa. Erityispiirteenä tässä työssä tarkasteltavina olevissa kokemuksellisissa oppimismenetelmissä on se, että niiden avulla järjestettiin aidon vuorovaikutustilanteen kaltainen harjoitustilanne. Kaikissa oppimismenetelmissä tarjoutui mahdollisuus oppia vertaamalla fiktiivisen todellisuuden tapahtumia ja roolihenkilön toimintaa sosiaaliseen todellisuuteen ja omaan toimintaan. Sen vuoksi niillä nähdään olevan yhteys draamakasvatukseen.

4.4 Draamakasvatus ja esteettinen kahdentuminen

Draamakasvatuksella tarkoitetaan draamaa ja teatteria, jota tehdään erilaisissa oppimisympäristöissä opetus- ja kasvatustarkoituksissa (Heikkinen 2002, 14, 17). Draamakasvatuksen juuret kasvavat teatteritaiteesta (Bolton 2000). Sana drama viittaa tarinankerrontaan (Østern 2000, 7), mutta suomalaisessa kulttuurissa draamalla on tarkoitettu myös näytelmää kirjallisuuden lajina tai esityksenä (Heikkinen 2002, 46). Lisäksi draamaa on käytetty opetuksessa (Heikkinen 2002, 46). Draaman käyttö opetus- ja oppimismenetelmänä on peräisin humanistisen didaktisen teatterin ajoilta ja draama taideaineena -teema on tullut Pohjoismaissa tutuksi 1960-luvulta alkaen (Østern 2001, 44). Nykyisin ei enää katsota, että nämä näkökulmat sulkisivat toisiinsa pois (Heikkinen 2004, 27–28; Østern 2001, 44).

Draamakasvatuksessa todellisia ja kuviteltuja tapahtumia tarkastellaan fiktion rakentamisen ja roolin luomisen avulla (Asikainen 2003, 39; Neelands 1998; O'Toole 1992). Heikkisen (2003, 15) mukaan draamakasvatuksessa liikutaan taiteen ja sosiaalisen kokemuksen alueilla ja verrataan fiktiivisen maailman ja sosiaalisen todellisuuden kokemuksia keskenään. Lisäksi draamatyöskentelyssä rakennetaan merkityksiä erilaisten dramaturgisten ratkaisujen avulla (Østern 2000, 7).

Draamakasvatukseen sisältyy erilaisia genrejä. Østernin (2000) mukaan genre on joukko tekstiin (draamakasvatuksessa toiminnallisesti tuotettu teksti) liittyviä vakiintuneita odotuksia ja genren kaava sisältää tietoa odotuksenmukaisesta tyylistä. Hänen mukaansa draamakasvatuksen genreille on yhteistä taiteessa oppiminen: asioiden omaksuminen fiktion luomisen kautta. Heikkinen (2004, 33–34) on tiivistänyt draamakasvatuksen genret kolmeen pääluokkaan, joita ovat katsojien draama, osallistujien draama ja soveltava draama. Katsojien draamassa tutkitaan ja luodaan yh-

dessä fiktiivinen maailma, joka perustuu siihen, että katsojat uskovat näyttämön todellisuuteen. Tähän genreen hän sijoittaa teatteriesityksen valmistamisen tekstin pohjalta ja ideasta esitykseen työskentelytavan. Osallistujien draamassa luodaan fiktiivinen maailma, jonka sisällä työskennellään aktiivisesti osallistujien kanssa. Osallistujien draamaan kuuluvat prosessidraama (O'Neill 1995), työpajateatteri (Jackson 1993a) ja foorumiteatteri (Boal 1992). Soveltava draama tarkoittaa, että siinä yhdistetään katsojien ja osallistujien draamaa ja siihen Heikkinen (2004, 36–39) liittää improvisaatioteatterin, tarinankerronnan, performanssin, digitaalisen draaman, draamatekstin kirjoittamisen, sosiodraaman ja tarinateatterin.

Asikaisen (2003, 36–37) mukaan draamakasvatuksen oppimisenäkemys pohjautuu kokemukselliseen oppimiseen ja konstruktivistiseen oppimisenäkemykseen etenkin sen vuoksi, että jokainen osallistuja luo draamassa omat merkityksenantonsa, joihin kuvitteellinen tilanne ja kokonaisvaltainen, kehollinen toiminta vaikuttavat. Oppiminen nähdään yhteisöllisenä, luovana ja aktiivisena kokemuksellisenä prosessina (Heikkinen 2002, 91–92). Heikkisen (2003, 15) mukaan draamakasvatuksessa teatteri ei ole se, mitä opiskellaan, vaan teatterista saadaan toiminnan muoto ja kieli. Draamakasvatuksessa on kyse vakavasta leikillisyydestä, jota määrittää teatterin fiktio; yhteistyöstä, joka syntyy draamasopimuksen kautta; ymmärryksen ja tiedon hankkimisesta itsestä ja maailmasta; kulttuurisen ja sosiaalisen identiteetin rakentamisesta draamallisten fiktioiden ja roolien avulla sekä laajemmin tarkasteltuna siitä, kuinka siirrämme esteettisiä kokemuksia sosiaaliseen todellisuuteen ja päinvastoin.

Vakavan leikillisyyden filosofia, merkityksellisen keskeneräisyyden filosofia sekä esteettisen kahdentumisen käsite luovat draamakasvatuksen filosofisen perustan (Heikkinen 2002). Vakava leikillisuus tarkoittaa, että tiettyjen sopimusten ja sääntöjen puitteissa ”leikitään” niitä asioita, joita tahdotaan, eli toisin sanoen draaman muoto on leikittelevä mutta tarkoitus vakava (Heikkinen 2003, 15; Østern 2007). Keskeneräisyyden estetiikka tarkoittaa prosessista kumpuavaa, vielä hiomatonta, mutta oivaltavaa taiteellista toimintaa, joka on merkityksellistä, koska siinä integroituvat sisältö ja muoto uusin tavoin (Heikkinen 2005, 55).

Draamakasvatuksen oppimispotentiaalin on nähty liittyvän esteettiseen kahdentumiseen (aesthetic doubling). Pohjoismaissa esteettisen kahdentumisen teoreettisen käsitteen on tuonut esiin Janek Szatkowski (1985, Østernin & Heikkisen 2001, 112 mukaan). Käsitteen alkuperä voidaan kuitenkin jäljittää esimerkiksi Augusto Boalin (1995) metaxis-käsitteeseen. Boal (1995, 43) kirjoittaa:

”*metaxis* [is] the state of belonging completely and simultaneously to two different, autonomous worlds: the image of reality and the reality of image.” (Boal 1995, 43.)

Esteettinen kahdentuminen tarkoittaa, että draamakasvatuksessa tapahtuu kaksoiskohtaaminen: fiktiivinen aika, tila ja roolit ovat läsnä yhtä aikaa todellisen ajan, tilan ja oman itsen kanssa (Østern 2000, 7). Østernin (2000, 7) mukaan oppija on roolissa (mythoksessa), kun hän työstää roolihahmoa ja muotoa, mutta samanaikaisesti hän suunnittelee (logoksessa) roolin ilmaisua, ja juuri tuossa rooli-minän ja todellisen minän yhtymäkohdassa merkityksellinen oppiminen on mahdollista. Heikkisen (2002, 100) mukaan katsoessamme tai tehdessämme draamaa siirrymme metaforisesti fiktiiviseen maailmaan, jossa toimimme rooleissa ja joihin katsojina uskomme. Todellinen minä tai sosiaalinen todellisuus eivät kuitenkaan katoa mihinkään. Oppimisen näkökulmasta olennaista on reflektoida kokemusta sekä verrata fiktiivisen ja sosiaalisen todellisuuden kokemuksia keskenään (Heikkinen 2002, 61).

Puheviestinnän opetuskokeilussa draamakasvatuksen ja esteettisen kahdentumisen näkökulma huomioitiin siten, että koulutuksessa järjestettiin lääkärin vastaanoton kaltainen tila tuolien ja pöytien avulla. Rekvisiittana käytettiin lääkärin valkeaa takkia ja työpajateatterissa myös stetoskooppia. Lääkärin valkea takki oli harjoituksissa lääkärin ammattiroolin symboli. Potilaan rooleja varten kirjoitettiin valmiit roolikuvaukset, jotka perustuivat aitoihin potilastapauksiin. Myös työpajateatterin näytelmien käsikirjoitukset perustuivat aitoihin potilastapauksiin. Rooli nähdään tässä tutkimuksessa suhtautumistapana ja näkökulmana. Keskeistä on lääkärin ammattirooliin ja potilaan rooliin asettuminen ja siihen eläytyminen.

Luokkahuoneessa ”lääkärin vastaanotto” eli fiktiivinen tila, sijoitettiin erilleen ”katsomosta” eli harjoitusta havainnoivista opiskelijoista. Lääketieteen opiskelijoille korostettiin yhteiseen toimintaan ja ”vakavaan leikkiin” sitoutumisen merkitystä harjoitusten onnistumiseksi. Vuorovaikutusharjoitusten reflektoinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, että osallistujilla oli mahdollisuus verrata fiktiivisen ja sosiaalisen todellisuuden kokemuksia keskenään.

5. Tutkimuksen tavoite ja menetelmät

5.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tässä väitöskirjatutkimuksessa tarkastellaan lääketieteen opiskelijoille suunnattua puheviestinnän opetuskokeilua, siihen sovellettuja kokemuksellisia oppimismenetelmiä sekä opetuskokeilun vaikuttavuutta. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata, ymmärtää ja verrata lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoiden näkemyksiä kolmen kokemuksellisen oppimismenetelmän erityispiirteistä sekä menetelmien soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Tutkimuksessa tarkastelun kohteena olevat oppimismenetelmät ovat työpajateatteri (TIE), simuloidut potilaat (SP) ja roolipeli (RP). Opetuskokeilun vaikuttavuutta tarkastellaan arvioimalla koulutuksessa saavutettuja oppimistuloksia ja vertaamalla niitä opetuskokeilulle asetettuihin tavoitteisiin. Oppimistuloksia tutkitaan itsearvioitujen oppimistulosten ja asenteiden muuttumisen näkökulmista. Tutkimus koostuu neljästä osatutkimuksesta, joissa haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia näkemyksiä lääketieteen opiskelijoilla on työpajateatterin erityispiirteistä ja menetelmän soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen?
2. Millaisia näkemyksiä lääketieteen opiskelijoilla on työpajateatterin, simuloitujen potilaiden ja roolipelin erityispiirteistä sekä menetelmien soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen? Millaisia yhtäläisyyksiä tai eroja eri ryhmissä olleiden opiskelijoiden näkemyksissä on? Millaiset erityispiirteet ovat opiskelijoiden näkemysten mukaan oppimista edistäviä tai ehkäiseviä kussakin menetelmässä?
3. Millaisia lääketieteen opiskelijoiden itsearvioitua oppimistulokset kolmessa ryhmässä ovat ja millaisia yhtäläisyyksiä ja eroja näissä oppimistuloksissa on?
4. Miten lääketieteen opiskelijoiden asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan muuttuvat vuorovaikutuskoulutuksen aikana ja millaisia eroja ja yhtäläisyyksiä asenteissa on eri ryhmissä?

5.2 Tutkimukseen valitut oppimismenetelmät

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan simuloituja potilaita, roolipeliä ja työpajateatteria, joiden avulla järjestettiin aidon vuorovaikutustilanteen kaltainen harjoitustilanne. Simuloidut potilaat ja roolipeli on valittu tutkimuksen kohteeksi, koska niitä käytetään laajalti lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa, mutta niistä on vain niukasti vertailututkimusta (Aspegren 1999; Lane & Rollnick 2007). Simuloidut potilaat ja roolipeli eroavat toisistaan sen suhteen, että simuloituissa potilaissa potilaan roolissa toimii koulutettu näyttelijä, mutta roolipelissä osallistujat ovat itse sekä lääkärin että potilaan rooleissa. Työpajateatteri on valittu tähän tutkimukseen siksi, että sitä ei ole aikaisemmin juuri sovellettu lääketieteen vuorovaikutuskoulutukseen. Työpajateatteri eroaa simuloituista potilaista ja roolipelistä siten, että koko opiskelijaryhmä on aktiivisesti mukana työskentelyssä alusta alkaen eikä huomio kiinnity pelkäänsään vuoron perään lääkärinä toimivan opiskelijan vuorovaikutustaitoihin ja niiden arviointiin. Työpajateatteriin sisältyy näytelmän katsomisvaihe, mutta se aktivoi osallistujia myös toimimaan itse, mikä erottaa sen teatteriesityksen seuraamisesta.

5.2.1 Simuloidut potilaat

Simuloitu potilas tarkoittaa henkilöä, joka esittää ennalta sovittua potilastapausta, johon liittyy lääketieteellinen tai vuorovaikutuksellinen haaste (Kurtz ym. 2005, 88). Kurtzin ja kollegojen (2005, 89) mukaan simuloituina potilaina voivat toimia ammattinäyttelijät, harrastajanäyttelijät tai muut koulutetut henkilöt. Simuloidut potilaat mahdollistavat vuorovaikutusosaamisen harjoittelun todentuntuisessa ja turvallisessa oppimisympäristössä ilman pelkoa siitä, että harjoittelusta olisi haittaa tai vaaraa aidoille potilaille. Simuloitujen potilaiden opetuskäyttöä varten on tarkoituksenmukaista valmistella opiskelijoiden tieto- ja taitotasoon sopivia potilastapauksia. Potilastapausten todenmukaisuutta voidaan parantaa käyttämällä niiden lähtökohtana aitoja potilastapauksia, joista on poistettu tunnistettavat tiedot (Kurtz ym. 2005, 93). Alinierin (2007) mukaan potilastapausten tulisi olla vaikeustasoltaan erilaisia, jotta lääketieteen opiskelijat saisivat erilaisia kokemuksia potilaan kohtaamisesta.

Kun vuorovaikutusosaamista harjoitellaan simuloitujen potilaiden avulla, on keskeistä kiinnittää huomio toiminnan reflektointiin ja palautekeskusteluihin. Harjoitus-

tilanteen ääni- tai kuvanauhoituksella ja sen analysoinnilla voidaan edistää toiminnan reflektointia (Kurtz ym. 2005).

Simuloitujen potilaiden opetuskäytön etuina Kurtz ja kollegat (2005) ovat nähneet mahdollisuuden harjoitusten toistoon ja erilaisten toimintatapojen kokeiluun. Potilastapaukset voidaan suunnitella niin, että simuloitujen potilaat esittävät tiettyä vaikeaa tai haasteellista potilastapausta tai -tilannetta, jota koulutuksessa halutaan harjoitella. Koulutettuja simuloituja potilaita voidaan käyttää myös palautteenantajina tai opettajina lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa (Bokken ym. 2008). Clelandin ja kollegojen (2009) mukaan arviointi- ja tutkimustarkoituksissa simuloituja potilaita kutsutaan standardoiduiksi potilaiksi.

Simuloitujen potilaiden opetuskäytössä on Kurtzin ja kollegojen (2005, 92–100) mukaan myös haasteita. Simuloitujen potilaiden opetuskäyttö edellyttää näyttelijöiden ja opettajien rekrytointia ja kouluttamista, näyttelijöiden ikään ja sukupuoleen sopivien potilasroolien laatimista sekä resursseja näyttelijöiden palkkioihin, opetuksen järjestämiseen, aikatauluttamiseen ja ohjaamiseen. Vaikka potilastapaukset olisivat aitoja ja näyttelijät olisi koulutettu tehtävänsä, voi osa opiskelijoista silti kokea simuloitujen potilaat epärealistisina. Taitavinkaan näyttelijä ei pysty kontrolloimaan aidon potilaan verenpainetta tai kehon lämpötilaa (Alinier 2007). Opiskelijat saattavat epäillä, että jokaiseen potilastapaukseen liittyy jokin ”juju” (hidden agenda), jolloin he eivät välttämättä keskity vuorovaikutukseen vaan pohtivat, millainen yllätys tähän potilastapaukseen on kätkeyty (Kurtz ym. 2005). Opiskelijat voivat myös jännittää harjoittelua simuloitujen potilaiden kanssa (Hoffman ym. 2008).

5.2.2 Roolipeli

Roolipelissä osallistujat toimivat joko omana itsenään tai jonkun toisen ihmisen roolissa tietyssä tilanteessa, kuten Van Ments (1989, 16) on määritellyt:

“The idea of role-play, in its simplest form, is that of asking someone to imagine that they are either themselves or another person in a particular situation. They are then asked to behave exactly as they feel that person would. As a result of doing this they, or the rest of the class, or both, will learn something about the person and / or situation.” (Van Ments 1989, 16.)

Kun roolipeliä käytetään lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa, osallistujat ovat itse sekä potilaan että lääkärin roolissa (Lane & Rollnick 2007). Potilaan roolissa

oleva osallistuja saa esimerkiksi valmiiksi kirjoitetun aitoon potilastapaukseen perustuvan roolikuvauksen omaksuttavakseen tai hän voi suunnitella potilasroolin itse (Kurtz ym. 2005, 101). Samoin kuin simuloiduissa potilaissa myös roolipelissä muut osallistujat havainnoivat tilannetta ja antavat harjoituksen jälkeen palautetta lääkärinä toimineelle henkilölle. Harjoitustilanteen ääni- tai kuvanauhoituksella ja sen analysoinnilla voidaan edistää toiminnan reflektointia (Kurtz ym. 2005).

Kurtz ja kollegat (2005, 101) näkevät roolipelin etuna sen, että roolipeli voidaan toteuttaa ilman suuria etukäteisvalmisteluja tai resurssitarpeita eikä osallistujia tarvitse etukäteen kouluttaa rooleihinsa. Roolipeli mahdollistaa harjoitusten havainnoinnin, toiston ja palautteen antamisen. Lisäksi opiskelijat saavat kokemuksen potilaan asemassa olemisesta ja vuorovaikutusta on mahdollista analysoida kokemuksellisesti myös potilaan näkökulmasta. Harjoitus voidaan toteuttaa myös yhtä aikaa isossa ryhmässä siten, että kolme opiskelijaa muodostaa ryhmän, jolloin opiskelijat ovat vuorollaan lääkärin, potilaan ja havainnoijan rooleissa. Roolipelin haasteena Kurtzin ja kollegojen (2005) mukaan on se, kuinka hyvin osallistujat pystyvät eläytymään rooleihinsa. Lääketieteen opiskelijat voivat myös kokea roolipelin epärealistisena, mikä voi vaikeuttaa oppimista (Nestel & Tierney 2007).

5.2.3 Työpajateatteri

Työpajateatterin historia on kuvattu yksityiskohtaisemmin artikkelissa I. Jacksonin (1993a, 1–3; 1993b) mukaan työpajateatterissa lyhyeen näytelmäesitykseen yhdistetään työpaja, jossa käsitellään esityksen teemoja. Työpajateatterin tavoitteet, teema, sisällöt ja työtavat suunnitellaan yhteistyössä oppilaitoksen yhteyshenkilöiden ja teatteriryhmän kanssa. Osallistujien kanssa työskentelyyn sisältyy näytelmän katsominen, työpajatyöskentely sekä mahdolliset jälkitehtävät oppilaitoksessa (Heikkinen 2003, 13). Näytelmän jälkeisessä työpajavaiheessa katsojasta tulee aktiivinen osallistuja ja tavoitteena on syventää, reflektoida ja tutkia niitä merkityksellisiä kysymyksiä, joita näytelmä osallistujissa herättää (Viirret 2003). Työpajateatterin ohjaaja (jokeri) toimii linkkinä yleisön ja näyttelijöiden välillä (Heikkinen 2003; Vine 1993). Työpajateatterin ohjaajalta vaaditaan asianmukaista koulutusta ja hänen on hallittava draamakasvatus taideaineena, jotta hän pystyy rakentamaan sellaisen oppimisprosessin, joka tuntuu oppijasta merkitykselliseltä (Østern 2000, 4).

Työpajateatterissa yhtenä työtapana voidaan käyttää foorumiteatteria, joka perustuu Augusto Boalin 1950–1970-lukujen aikana kehittämään sorrettujen teatteriin (Heikkinen 2003, 12). Foorumiteatterissa näytelmä päättyy ristiriitatilanteeseen, jolloin katsojalle voi syntyä halu vaikuttaa näytelmän tilanteeseen. Katsojasta voi tulla katsojanäyttelijä, joka ei vain anna ohjeita näyttelijöille, vaan osallistuu näytelmän sorretun roolissa ja pyrkii näin vaikuttamaan fiktion sisällä tilanteen kulkuun (Boal 1992, 22–25). Lääketieteen vuorovaikutuskoulutukseen työpajateatteria ei ole kuitenkaan aiemmin sovellettu, joten tarvittaisiin tutkimusta työpajateatterin erityispiirteistä ja menetelmän soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen.

5.3 Tutkimukseen valitut vaikuttavuuden tutkimustavat

Ilman selvää näyttöä vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuudesta sen asemaa lääketieteen opetussuunnitelmissa on ollut vaikea perustella (Kurtz ym. 2005). Sen vuoksi tässä tutkimuksessa tarkastellaan lääketieteen opiskelijoille suunnatun puheviestinnän opetuskokeilun vaikuttavuutta oppimistulosten näkökulmasta sekä vertaamalla saavutettuja oppimistuloksia koulutukselle asetettuihin tavoitteisiin.

5.3.1 Itsearviointi

Tässä tutkimuksessa itsearviointiin keskittymisellä haluttiin painottaa opiskelijoiden aktiivisuutta sekä opintojaksolla että arviointiin liittyen. Lähtökohtana oli ajatus siitä, että nykyisin työelämässä asiantuntijoilta odotetaan muun muassa taitoa oman toiminnan reflektointiin sekä kykyä oppia jatkuvasti uutta tietoa, jolloin myös oppimisen itsearviointitaidot ovat keskeisiä asiantuntijaksi kasvamisen ja elinikäisen oppimisen näkökulmista (Dochy ym. 1999; Tan 2007; Tynjälä 1999a). Itsearviointitaitojen kehittäminen ja omasta toiminnasta tietoiseksi tuleminen on nähty keskeisinä myös lääketieteen koulutuksessa (Cushing 2002; General Medical Council 1993, 2009; Novack ym. 1999; Peura 2001; van Dalen ym. 2001).

Opiskelijoiden itsearvioitut oppimistulokset ovat yksi tapa tarkastella vuorovaikutuskoulutuksessa saavutettuja oppimistuloksia (Clark 2002). Itsearviointi tarkoittaa oppijan omaa arviota omasta oppimisesta, hänen omista saavutuksistaan ja oppimistuloksistaan (Boud & Falchikov 1989). Viime vuosina on korostettu itsearvi-

oinnin merkitystä, millä on haluttu painottaa sitä, että koulutus- tai oppimisprosessin hyvistä ja kehitettävistä puolista tietävät parhaiten prosessiin osallistuneet itse (Rauste-von Wright ym. 2003). Konstruktivistinen näkökulma oppimiseen painottaa itsearviointin merkitystä oppimisessa (Rauste-von Wright ym. 2003, 185–186; Tynjälä 1999b, 169–186) ja itsearviointitaidot voidaan nähdä keskeisenä myös kokemuksellisen oppimisen näkökulmasta. Jotta lääketieteen opiskelija voisi oppia fikttiivisen maailman ja sosiaalisen todellisuuden vertaamisen avulla, on hänen reflektoitava kokemustaan (Heikkinen 2002, 61). Tästä näkökulmasta voidaan ajatella, että on perusteltua kysyä lääketieteen opiskelijoilta, mitä he itsearvioivat oppineensa puheviestinnän opetuskokeilun aikana.

5.3.2 Asenteet ja vuorovaikutustaitojen oppiminen

Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita lääketieteen opiskelijoiden asenteista vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan. Asenne määritellään yleensä siten, että se on johonkin sosiaalisesti merkitykselliseen kohteeseen (itseän, toisiin, tiettyyn asiaan, ilmiöön, ideaan, kohteeseen) liittyvä positiivinen tai negatiivinen suhtautumistapa (Petty, Wegener & Fabrigar 1997). Asenteita voidaan kuvata opituiksi taipumuksiksi suhtautua johdonmukaisesti kielteisellä tai myönteisellä tavalla tiettyyn ilmiöön, ne ovat luonteeltaan arvioivia ja niiden muotoutumiseen vaikuttaa yksilön tieto ja näkemykset asenteen kohteesta (Eagly & Chaiken 1993; Simonson & Maushak 2001). Simonsonin ja Maushakin (2001) mukaan asenteet vaihtelevat suunnan (positiivinen tai negatiivinen), määrän (positiivisuuden tai negatiivisuuden määrä) ja intensiteetin mukaan (kuinka sitoutunut yksilö on asenteen suuntaan).

Korkeakoulutuksessa asenteisiin liittyviä oppimistavoitteita ei usein määritellä erikseen, mutta tietyillä aloilla, kuten terveydenhuollon alalla, asenteisiin liittyvää oppimista pidetään tavoiteltavana (General Medical Council 1993; Shephard 2008). Lääkäreitä, sairaanhoitajia ja muita terveydenhuollon asiantuntijoita koulutetaan hoitamaan potilaita, mutta heidän koulutuksensa tähtää myös potilaasta välittävien asenteiden (caring attitudes) kehittämiseen (Shephard 2008). Myös puheviestinnän opetuksen tulisi edistää myönteistä suhtautumista opiskeltavia asioita kohtaan (McCroskey 1994). Asennoitumista vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan pidettiin tärkeänä tutkittavana ilmiönä, koska nykyisin ajatellaan, että lääkärin työssä vuoro-

vaikutustaidot ja niiden hallinta ovat yksi keskeisistä osaamisalueista (ACGME 1999; Frank 2005; Litmanen ym. 2011; Lääkärikysely 2009; Palsson ym. 2007). Opiskelijan positiivinen tai negatiivinen suhtautuminen vuorovaikutustaitojen oppimiseen voi vaikuttaa oppimiseen ja oppimistuloksiin (Boud ym. 1993; Kostiainen 2003; McCroskey 1994). Vaikka vuorovaikutukseen liittyvien tietojen ja taitojen oppimisen arviointi on tärkeää, on uuden opintojakson kohdalla tarkoituksenmukaista kiinnittää huomio opiskelijoiden asenteisiin opittavaa asiaa kohtaan (Cook 2010). Asenteiden tutkiminen on tärkeää myös siksi, ettei suomalaisten lääketieteen opiskelijoiden asenteita vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan ole aiemmin tutkittu eikä asenteita ole yhdistetty kokemuksellisiin oppimismenetelmiin.

5.4 Tutkimusjoukko, tutkimusasetelma ja osatutkimukset

Tutkimusjoukko muodostuu lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoista, jotka osallistuivat puheviestinnän opetuskokeiluun syksyllä 2006 Itä-Suomen yliopistossa (silloisessa Kuopion yliopistossa). Tutkinnonuudistuksen yhteydessä aiemmin vain ensimmäisenä vuonna opetetut lääketieteen puheviestinnän opinnot jakaantuivat 1.–2. opintovuodelle. Toisen vuoden puheviestinnän opinnot (0,5 opintopistettä) integroitiin Terveys sosiologia ja -psykologia (TSP) opintojaksoon. Opetuskokeilussa käytettiin kokemuksellisia oppimismenetelmiä, joita ei aiemmin ollut käytetty lääketieteen puheviestinnän opetuksessa kyseisessä yliopistossa. Kontaktiopetus (8 tuntia) jakaantui kolmen kuukauden ajalle.

Tutkimuksessa luotiin vertaileva tutkimusasetelma, jossa 136 opiskelijaa jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään. Heistä 132 (97 %) osallistui tutkimukseen. Ryhmässä A (n = 43) oppimismenetelmänä käytettiin työpajateatteria, ryhmässä B (n = 44) simuloituja potilaita ja ryhmässä C (n = 45) roolipeliä. Tutkimuksen toteuttamista varten saatiin lupa yliopiston lakimieheltä. Opetuskokeilun eteneminen ja tutkimusaineistojen kerääminen kuvataan liitteessä 1.

Puheviestinnän opetuskokeilu suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä puheviestinnän lehtorin ja lääketieteen opettajien kanssa. Kaikki opettajat saivat lyhyen koulutuksen vuorovaikutusharjoitusten ohjaamiseen joko simuloitujen potilaiden tai roolipelin avulla. Lisäksi yksi lääketieteen opettaja sai lyhyen koulutuksen työpaja-

teatterista, mutta päävastuu työpajateatterin ohjaamisesta oli puheviestinnän opettajalla. Harrastajanäyttelijät koulutettiin toimimaan simuloituina potilaina. Opetuksen suunnittelussa otettiin huomioon, ettei prekliinisen vaiheen opiskelijoilla ole juurikaan kokemusta potilaan haastattelemisesta.

Puheviestinnän opetuksen tavoitteena oli 1) antaa valmiuksia lääkäripotilassuhteen vuorovaikutuksen osatekijöiden analysoimiseen, 2) harjoitella vuorovaikutustaitoja sekä 3) auttaa opiskelijaa ymmärtämään ja arvostamaan viestinnän ja vuorovaikutustaitojen merkitys lääkäri-potilassuhteessa. Tavoitteena oli harjoitella sanallisen tutkimuksen tekemistä lääkärin vastaanoton kaltaisessa vuorovaikutustilanteessa ja keskittyä viiden vuorovaikutustaidon harjoitteluun, joita olivat suhteen luominen potilaaseen, kysymysten käyttö, kuunteleminen, nonverbaalinen viestintä ja vastaanoton rakenteen hahmottaminen. Näihin teemoihin liittyivät palautekortit.

Opetuskokeilussa kaikki opiskelijat osallistuivat tunnin mittaiseen info-tilaisuuteen, jossa käsiteltiin opintojakson tavoitteet, sisällöt, tehtävät, aikataulu, sekä lukutehtävä verkko-oppimisympäristössä. Tämän jälkeen opiskelijat osallistuivat kahden tunnin mittaiseen ryhmäopetukseen, jonka sisältönä oli 1) lääkärin vuorovaikutusosaamiseen liittyvien käsitysten ja aiempien haastattelukokemusten reflektointi kirjallisesti ja suullisesti, 2) tietoisuus vuorovaikutuksen merkityksestä lääkäri-potilassuhteessa sekä potilaskeskeisestä ja lääkärikeskeisestä toimintatavasta, 3) vuorovaikutusharjoituksista annettavan palautteen pelisääntöjen sopiminen, 4) lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta lääkärin vastaanotolla käsittelevän DVD:n analysointi palautekorttien avulla ja 5) omien taitotavoitteiden asettaminen, jolloin opiskelijoita kannustettiin oman toiminnan tietoiseen pohdintaan. Ryhmäopetus toteutettiin 18 hengen ryhmissä vuosikurssin opetusjärjestelyistä johtuen. Tämän jälkeen opetus tapahtui ryhmissä A, B ja C, joissa käytettiin erilaisia oppimismenetelmiä. Harjoituksissa opiskelijan tavoitteena oli haastatella potilasta, saada selville potilaan tulosyy ja tarina sekä havainnoida ja analysoida lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Harjoituksissa ei tehty fyysistä tutkimusta.

Ryhmässä A opiskelijat osallistuivat kahteen kahden tunnin mittaiseen työpajateatterikokonaisuuteen kolmessa 13–16 henkilön ryhmässä. Työpajateatterin näytelmissä potilastapausten teemoina olivat flunssa ja päänsärky. Potilastapaukset olivat samoja, kuin mitä flunssan ja päänsärlyn osalta ryhmissä B ja C käytettiin. Näytelmiä varten lääketieteen ja puheviestinnän opettajat kirjoittivat käsikirjoitukset, jotka perustuivat todellisiin potilastapauksiin. Näytelmät sisälsivät haasteellisia vuorovai-

kutustilanteita (esimerkiksi lääkäri ei ottanut juurikaan katsekontaktia potilaaseen, ei vastannut potilaan huoliin, ei käyttänyt avoimia kysymyksiä saadakseen selville potilaan koko tarinaa eikä kuunnellut potilasta tarkkaavaisesti). Harrastajanäyttelijäryhmä harjoitteli näytelmät. Työpajateatterikokonaisuudet koostuivat kolmesta vaiheesta, joita olivat lämmittely, näytelmäesityksen katsominen ja työpaja. Ryhmiä ohjasivat yleislääketieteen erikoislääkäri sekä puheviestinnän lehtori. Työpajateatterikokonaisuuden eteneminen on kuvattu yksityiskohtaisesti liitteessä 2 sekä artikkelissa I (ks. myös Koponen, Pyörälä & Isotalus 2010).

Ryhmässä B simuloitujen potilaiden potilastapausten teemoina olivat alkoholi, flunssa, astma, unettomuus, verenpaine, stressi, päänsärky ja selkäsärky. Potilastapaukset kirjoitettiin opetustiimissä ja ne annettiin etukäteen harrastajanäyttelijöille. Niissä kuvattiin lyhyesti potilaan ikä, sukupuoli, elämäntilanne, vastaanotolle hakeutumisen syy ja huolenaiheet. Vuorovaikutusharjoituksissa lääketieteen opiskelijat olivat vuorollaan lääkärin roolissa ja palautteenantajina. Ryhmäkoko oli 5–6 opiskelijaa ja kutakin pienryhmää ohjasi yksi opettaja. Lääkärin roolissa olleella opiskelijalla oli mahdollisuus pysäyttää harjoitus ja ”kilauttaa kollegalle”. Kollegalle kilauttaminen tarkoitti, että lääkärin roolissa ollut opiskelija sai kysyä neuvoa opiskelijatovereiltaan potilashaastattelun etenemiseksi. Neuvojen antamisen jälkeen lääkärin roolissa ollut opiskelija sai jatkaa harjoitusta. Vuorovaikutusharjoituksen eteneminen on kuvattu yksityiskohtaisemmin liitteessä 3 (ks. myös Koponen 2009).

Ryhmässä C roolipelin potilastapaukset olivat täsmälleen samoja kuin ryhmässä B. Harjoituksissa lääketieteen opiskelijat toimivat vuorollaan potilaan, lääkärin sekä palautteenantajan rooleissa. Ryhmäkoko oli 5–6 opiskelijaa ja kutakin pienryhmää ohjasi yksi opettaja. Potilaan rooleissa olleet opiskelijat saivat opetuskerran alussa potilastapaukset luettavaksi, jotta he pystyisivät omaksumaan potilaan roolin harjoituksia varten. Myös tässä ryhmässä lääkärin roolissa olleella opiskelijalla oli halutessaan mahdollisuus pysäyttää harjoitus ja ”kilauttaa kollegalle” eli kysyä neuvoa opiskelijatovereilta potilashaastattelun etenemiseksi. Vuorovaikutusharjoituksen eteneminen on kuvattu yksityiskohtaisemmin liitteessä 3.

Ryhmissä B ja C palautekeskustelujen organisointitapa perustui osittain Kurtzin ja kollegojen (2005, 114–115) esittämään analysointimalliin. Palautekeskustelut organisoidtiin siten, että ensin lääkärin roolissa ollut opiskelija kertoi kuinka harjoitus hänen mielestään sujui ja saavuttiko hän asettamansa taitotavoitteen. Tämän jälkeen potilaan roolissa ollut opiskelija tai harrastajanäyttelijä antoi palautetta potilaan nä-

kökulmasta. Sen jälkeen harjoitusta seuranneet opiskelijat antoivat palautetta oman palautekorttinsa näkökulmasta. Heitä ohjeistettiin kertomaan ensin jotain myönteistä, sen jälkeen antamaan ehdotuksia toiminnan kehittämiseksi ja lopuksi vielä tiivistämään, mikä harjoituksessa sujui hyvin. Ryhmän jäseniä kannustettiin antamaan yksityiskohtaista palautetta, mikä ei ole sävyltään syyttävää, vaan tarkoituksenmukaista ja kannustavaa. Lopuksi opettaja kertoi omat kommenttinsa ja laajensi palauttekeskustelua oppimisen syventämiseksi.

Ryhmäopetuksen jälkeen opiskelijat osallistuivat terveystieteiden päiville, jotka kuuluivat lääketieteen opintoihin. Terveystieteiden päivien tavoitteena oli tutustua terveystieteiden lääkärin työn ohella terveystieteiden organisaatioon, sen toimintoihin ja yhteistyötahoihin. Puheviestinnän opetukseen liittyen opiskelijoiden tehtävänä oli havainnoida ja analysoida aitoja lääkärin ja potilaan välisiä vuorovaikutustilanteita sekä kirjoittaa havainnoistaan raportti. Tehtävän tavoitteena oli harjoittaa opiskelijoiden havainnointi- ja analysointitaitoja sekä auttaa heitä tiedostamaan vuorovaikutuksen merkitys lääkäri-potilassuhteessa. Viimeisessä kokoontumisessa analysointitehtävät käsiteltiin pienryhmissä. Opiskelijat pohtivat käsityksiään lääkärin tarvitsemasta vuorovaikutusosaamisesta, asennoitumistaan vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan sekä itsearvioivat oppimistaan. Kontaktiopetuksen jälkeen opettaja arvioi opiskelijoiden raportit ja antoi jokaiselle kirjallisen palautteen verkko-oppimisympäristössä. Puheviestinnän osuus arvioitiin asteikolla hyväksytty-hylätty.

Tutkimus koostuu neljästä osatutkimuksesta, joiden tulokset esitetään artikkeleissa. Artikkelissa I tarkastellaan opiskelijoiden näkemyksiä työpajateatterin erityispiirteistä ja menetelmän soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Vaikka lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksissa on hyödynnetty esimerkiksi teatteriesitystä (Shapiro & Hunt 2003), ei työpajateatteria (Jackson 1993a) ole laajasti sovellettu lääketieteen vuorovaikutuskoulutukseen. On huomattava, että tutkimuskysymys 1 sisältyy osittain myös toiseen tutkimuskysymykseen. Työpajateatteriin liittyvästä aineistosta haluttiin kuitenkin kirjoittaa erillinen artikkeli, koska työpajateatteria ei ole aikaisemmin juuri käytetty lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa.

Artikkelissa II vertaillaan työpajateatteria, simuloituja potilaita ja roolipeliä, koska erilaisten kokemuksellisten oppimismenetelmien käytöstä lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa on vain niukasti vertailututkimusta (Aspegren 1999; Lane & Rollnick 2007). Aiemmissa tutkimuksissa ei ole kiinnitetty laajasti huomiota lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiin kokemuksellisista oppimismenetelmistä (Lane &

Rollnick 2007; Rees ym. 2004). Koska kokemuksellisissa oppimismenetelmissä oppijan aktiivisuus ja osallistuminen ovat keskeisiä oppimisen kannalta, haluttiin tässä osatutkimuksessa kiinnittää huomio nimenomaan opiskelijoiden näkemyksiin kokemuksellisten oppimismenetelmän erityispiirteistä sekä menetelmien soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen.

Artikkelissa III vertaillaan lääketieteen opiskelijoiden itsearvioituja oppimistuloksia kolmessa ryhmässä, joissa käytettiin erilaisia kokemuksellisia oppimismenetelmiä. Itsearviointiin keskittymisellä haluttiin painottaa opiskelijoiden aktiivisuutta sekä opintojaksolla että arviointiin liittyen. Itsearviointitaitojen kehittäminen on nähty tärkeänä lääketieteen alalla (Cushing 2002; Novack ym. 1999; van Dalen ym. 2001) ja näkökulma sopi yhteen tutkimuksen teoriataustan kanssa.

Artikkelissa IV tutkitaan lääketieteen opiskelijoiden asennoitumista vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan ennen ja jälkeen puheviestinnän opetuskokeilun. Tutkimuksessa tarkastellaan, muuttuivatko opiskelijoiden asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan vuorovaikutuskoulutuksen aikana ja millaisia eroja ja yhtäläisyyksiä asenteissa on eri ryhmissä. Lääketieteen opiskelijoiden asennoitumista vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan on tutkittu aiemmin (Bombeke ym. 2011; Cleland ym. 2005; Rees, Sheard & Davies 2002), mutta kokemuksellisten oppimismenetelmien yhteyttä lääketieteen opiskelijoiden asennoitumiseen vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan ei ole tiettävästi aiemmin tutkittu.

5.5 Monimenetelmäisen tutkimuksen menetelmät

Tämä tutkimus on laadullisesti painottunut monimenetelmäinen tapaustutkimus. Monimenetelmäisessä tutkimuksessa tutkija tai tutkimusryhmä yhdistää sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen elementtejä (laadulliset ja määrälliset näkökulmat, aineistonkeruumenetelmät, analyysitavat, päättelytekniikat) tavoitteenaan laaja ja monipuolinen ymmärrys ja ymmärryksen vahvistaminen (Creswell 2009; Johnson & Onwuegbuzie 2004; Johnson, Onwuegbuzie & Turner 2007, 123). Upotetussa monimenetelmäisessä tutkimusasetelmassa (embedded design) kerätään sekä laadullista että määrällistä aineistoa perinteisen laadullisen tai määrällisen tutkimusasetelman sisällä (Creswell & Plano Clark 2011, 90–96). Tässä monimenetelmäisessä tapaustutkimuksessa tapauksen muodostaa puheviestinnän opetuskokeilu ja tavoit-

teena on ymmärtää tapausta keräämällä ja analysoimalla laadullista ja määrällistä aineistoa, jotka on kerätty lähes yhtä aikaa. Tutkimusaineisto on suuremmalta osin luonteeltaan laadullista (avoimet kysymykset, täsmäryhmähaastattelut) ja pienemmältä osin määrällistä (Likert-asteikolliset kysymykset, vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittari). Vaikka tutkimuksessa on laadullinen painotus, oli määrällisen aineiston keräämisen tavoitteena tuoda tukea laadulliselle aineistolle. Monimenetelmäisenä tausta-ajatuksena oli, että useita tutkimusmenetelmiä yhdistämällä saadaan monipuolisempaa tietoa kuin vain yhtä menetelmää käyttämällä ja voidaan lisätä ymmärrystä tutkittavasta tapauksesta (Greene, Benjamin & Goodyear 2001).

Monimenetelmäisen tutkimuksen haaste liittyy erilaisten tieteenfilosofisten taustojen, kuten postpositivistisen ja konstruktivistisen tieteenfilosofisen taustan, yhdistämiseen ja argumentointiin samassa tutkimuksessa. Creswellin ja Plano Clarkin (2011, 38–47) mukaan tieteenfilosofiset paradigmat tai maailmankuvat eroavat esimerkiksi ontologisten (todellisuuden luonne) ja epistemologisten (tietoteoreettisten) taustaoletusten suhteen. Postpositivistinen tieteenfilosofinen tausta yhdistetään usein yhden todellisuuden olemassaoloon ja määrällisten tutkimusmenetelmien käyttöön, kun taas konstruktivistinen tieteenfilosofinen tausta yhdistetään useiden todellisuuksien olemassaoloon ja laadullisiin tutkimusmenetelmiin. Monimenetelmäisen tutkimuksen tieteenfilosofinen tausta voi vaihdella tutkimuksen edetessä, mutta tutkijan on kerrottava, mistä tieteenfilosofisesta taustasta käsin hän kulloinkin työskentelee.

Monimenetelmäisen tapaustutkimuksen tieteenfilosofiset taustat voidaan liittää siihen tutkimusasetelmaan, joka on tutkimuksessa hallitseva (Creswell & Plano Clark 2011). Tässä tutkimuksessa tieteenfilosofiset taustaoletukset liittyvät suuremmalta osin konstruktivistiseen paradigmaan (Denzin & Lincoln 1994). Selkeimmin konstruktivistinen paradigma liittyy laadullisiin tutkimusmenetelmiin, erityisesti artikkeleissa I, II ja III. Konstruktivistisen tieteenfilosofian ontologisen taustaoletuksen mukaan todellisuus on sosiaalisesti rakentunut ja on olemassa useita tulkintoja todellisuudesta. Epistemologiset taustaoletukset tässä tutkimuksessa liittyvät siihen, että avoimilla kysymyksillä ja täsmäryhmähaastatteluilla saadaan tietoa tutkittavien subjektiivisista näkemyksistä ja subjektiivisesti koetuista oppimistuloksista. Jokaisen henkilökohtaisesti konstruoimat merkitykset ovat syntyneet hänen elämänsä historiansa, henkilökohtaisen merkityksenantoprosessinsa ja sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta. Ihminen nähdään aktiivisena tiedonrakentajana ja merkitysten antajana. Tutkijan tavoitteena on ymmärtää lääketieteen opiskelijoille suunnattua vuoro-

vaikutuskoulutusta ja siihen sovellettuja oppimismenetelmiä osallistujien subjektiivisten merkitysten analysoinnin ja tulkinnan avulla. Tutkimus rakentuu yksilöiden konstruktoiden ymmärtämisestä kohti laajempaa ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä.

Koulutuksen vaikuttavuuden tutkimuksessa määrällisten menetelmien käytöllä on pyritty tuottamaan objektiivista tietoa koulutuksen vaikutuksista etenkin silloin, kun tutkimusasetelmana on käytetty satunnaistettua kontrolloitua koeasetelmaa. Vaikka tässä tutkimuksessa tutkimusasetelmana ei ole satunnaistettu kontrolloitu koe, on koulutuksen vaikuttavuutta kuitenkin haluttu tutkia mittaamalla asenteissa tapahtunutta muutosta ennen ja jälkeen opetuskokeilun, mikä on raportoitu artikkelissa IV. Asenteiden muuttumista tutkitaan vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittarilla ennen ja jälkeen koulutuksen, koska asennemittarin avulla saadaan tietoa lääketieteen opiskelijoiden subjektiivisista suhtautumistavoista, joita voisi olla vaikea tavoittaa pelkästään avointen kysymysten avulla. Mittaamalla asenteita ennen ja jälkeen opetuskokeilun asennemittarilla saadaan myös syy-seuraussuhde tyyppistä tietoa. Siksi asenteiden mittaamisen taustalla voidaan nähdä vaikuttavan myös post-positivistinen tieteenfilosofia, jolloin tutkija tekee tulkintoja ja päätelmiä määrällisten menetelmien avulla saadusta tiedosta perustuen syy-seuraussuhdeajatteluun ja keskittymällä valikoituihin muuttujiin (Creswell & Plano Clark 2011, 40).

Tutkimuksessa myös yhdistettiin eri menetelmillä saatua tietoa. Artikkeleissa I ja II kyselylomakkeella saatuja tuloksia täsmennettiin, vahvistettiin ja monipuolistettiin täsmäryhmähaastattelujen avulla. Kahden eri tutkimusmenetelmän käytöllä (triangulaatio) pyrittiin saamaan tutkimuskohteesta kokonaisempi kuva ja parempi ymmärrys sekä parantamaan tulosten luotettavuutta (Johnson ym. 2007; Greene ym. 2001). Lisäksi tässä yhteenvedossa yhdistettiin laadullisilla ja määrällisillä menetelmillä saadut tulokset oppimistuloksista, millä pyrittiin saamaan kokonaisempi kuva opetuskokeilun vaikuttavuudesta. Oppimistuloksia haluttiin tutkia kahden eri menetelmän avulla, koska koulutuksen vaikutusten monipuolinen tutkiminen luo parempia edellytyksiä oppimisprosessin ja koulutuksen kehittämiseksi (Koulutuksen tuloksellisuuden arviointimalli 1998, 35; Rauste-von Wright ym. 2003, 187). Tämän yhteenvedon johtopäätöksissä osatutkimusten tuloksia tarkastellaan kokonaisuutena, jolloin tarkastelussa yhdistetään sekä laadullisilla että määrällisillä menetelmillä saatuja tuloksia. Toimin tässä tutkimuksessa sekä tutkijana että opettajana. Vastasin aineiston keräämisestä, analysoinnista sekä tulkintojen ja johtopäätösten tekemisestä keräämiäni aineistojen pohjalta.

5.5.1 Kyselylomake

Lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä kokemuksellisten oppimismenetelmien erityispiirteistä ja niiden soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen tutkittiin kyselylomakkeen Likert-asteikollisten kysymysten sekä avointen kysymysten avulla (ks. liite 4, kyselylomake). Aineisto kerättiin puheviestinnän opetuskokeilun viimeisen kokoontumiskerran lopussa, jolloin vuorovaikutusharjoituksiin osallistumisesta oli kulunut noin kolme viikkoa. Likert-asteikollisilla kysymyksillä haluttiin selvittää näkemysten yleisyyttä. Avointen kysymysten avulla haluttiin saada selville vastaajien subjektiivisia näkemyksiä sekä ymmärtää näiden merkitysten tulkinnan avulla oppimismenetelmien erityispiirteitä. Kyselylomake oli sähköinen palautelomake, johon vapaaehtoisia opiskelijoita pyydettiin vastaamaan opetuksen päätyttyä. Ennen kyselylomakkeeseen vastaamista tutkija kertoi tutkimuksen tarkoituksesta, selosti kyselyä ja vastasi osallistujien kysymyksiin.

Kyselylomake sisälsi neljä osiota, joista ensimmäinen käsitteli vastaajien taustatietoja. Taustatiedoissa kysyttiin ikä, sukupuoli, nimi (vapaaehtoinen), puheviestinnän ryhmäopetusnumero ja tutkimuslupa. Toinen osio liittyi vastaajien subjektiivisesti kokemiin oppimistuloksiin. Oppimistuloksia tarkastelevassa osiossa oli kaksi avointa kysymystä. Kolmannessa osiossa kysyttiin vastaajien näkemyksiä kokemuksellisista oppimismenetelmistä. Kutakin menetelmää tarkastelevassa osiossa oli kolme avointa kysymystä ja yksi Likert-asteikollinen kysymys. Avointen kysymysten muoto oli tarkennettu erikseen kullekin ryhmälle (A, B, C) ja vastaajia pyydettiin kertomaan näkemyksensä siitä oppimismenetelmästä, josta heillä oli kokemusta. Neljännessä osiossa kysyttiin vastaajien näkemyksiä opetuksen kehittämisestä, mutta vastauksia ei sisällytetty tähän tutkimukseen.

5.5.2 Täsmäryhmähaastattelut

Kyselylomakkeella saatuja tietoja haluttiin täsmentää, vahvistaa ja monipuolistaa täsmäryhmähaastattelujen avulla (Cohen, Manion & Morrison 2000, 288; Creswell 2009). Tässä tutkimuksessa täsmäryhmähaastattelu määritellään Stewartia ja Shamasania (1990) sekä Valtosta (2005) mukaillen järjestetyksi keskustelutilaisuudeksi, johon kutsuttiin vapaaehtoinen joukko lääketieteen opiskelijoita keskustelemaan tietystä aiheesta fokusoidusti, mutta vapaamuotoisesti, noin 1-2 tunnin ajaksi. Tut-

kimuksessa toteutettiin kolme täsmäryhmähaastattelua noin viikko opetuskokeilun jälkeen, yksi kunkin ryhmän (A, B, C) vapaaehtoisten jäsenten kanssa. Tutkija toimi haastattelijana ja haastatteluissa keskityttiin opiskelijoiden näkemyksiin sen oppimismenetelmän soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen, josta heillä oli kokemusta (ks. liite 5, täsmäryhmähaastattelujen kysymysrunko). Täsmäryhmähaastatteluilla haluttiin saada opiskelijat keskustelemaan keskenään sekä perustelemaan näkökantojaan.

Ryhmästä A haastatteluun osallistui 8 henkilöä (5 miestä ja 3 naista). Ryhmästä B haastatteluun osallistui 5 henkilöä (1 mies ja 4 naista). Ryhmästä C haastatteluun osallistui 6 henkilöä (1 mies ja 5 naista). Osallistujamääriä voidaan pitää täsmäryhmähaastatteluun sopivina (Frey, Botan & Kreps 2000, 219). Haastattelut kestivät 60–75 minuuttia ja ne videoitiin. Videoidut haastattelut litteroitiin. Videokuvauksen puutteellisuudesta johtuen työpajateatteriin liittyneen täsmäryhmähaastattelun viimeiset 10 minuuttia jäivät nauhoittumatta, minkä vuoksi osallistujia pyydettiin täydentämään haastatteluvastauksiaan sähköpostitse. Sähköpostivastaukset sisällytettiin täsmäryhmähaastatteluaineistoon.

5.5.3 Vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittari

Lääketieteen opiskelijoiden asenteita vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan tutkittiin suomennetulla vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittarilla (ks. liite 6), jonka ovat kehittäneet Rees, Sheard ja Davies (2002). Asennemittari kehitettiin lääketieteen opiskelijoiden (N = 5) täsmäryhmähaastattelun tulosten pohjalta (Rees & Garrud 2001) eikä se itsessään sitoudu mihinkään asenteen määritelmään tai asenteiden muutosta selittävään teoriaan tai teoreettiseen viitekehykseen. Asennemittari sisältää 26 väittämää, jotka liittyvät vuorovaikutustaitojen oppimiseen. Väittämiin vastataan 5-portaisella Likert-asteikolla, jossa 1 = täysin eri mieltä, 3 = ei samaa, muttei eri mieltäkään ja 5 = täysin samaa mieltä. Mittari jakaantuu positiiviseen (the Positive Attitude Scale, PAS) ja negatiiviseen (the Negative Attitude Scale, NAS) summamuuttujaan, jotka molemmat sisältävät 13 väittämää. Summamuuttujien minimi pistemäärä on 13 ja maksimi pistemäärä on 65.

Rees, Sheard ja Davies (2002) toteavat, että mittarin positiiviset asenteet (PAS) viittaavat kolmeen asiaan. Ensinnäkin ne viittaavat opiskelijoiden näkemyksiin siitä,

että vuorovaikutustaitojen oppiminen voi kohentaa heidän vuorovaikutustaitojaan ja edesauttaa näin toimintaa sekä kollegojen että potilaiden kanssa. Toiseksi ne liittyvät opiskelijoiden näkemyksiin siitä, että vuorovaikutustaitojen oppiminen on hauskaa ja mielenkiintoista. Kolmanneksi positiiviset asenteet liittyvät opiskelijoiden näkemyksiin siitä, että vuorovaikutustaitojen oppiminen on tärkeää lääketieteen kontekstissa. Negatiiviset asenteet (NAS) viittaavat puolestaan neljään asiaan: 1) opiskelijoiden kielteisiin asenteisiin vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan yhteiskuntatieteellisenä oppiaineena, 2) opiskelijoiden välinpitämättömyyteen vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan, 3) opiskelijoiden negatiivisiin näkemyksiin siitä, että vuorovaikutustaitojen oppimiseen ei voi suhtautua tosissaan ja 4) opiskelijoiden negatiivisiin asenteisiin vuorovaikutustaitojen arviointia kohtaan.

Vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittari valittiin tutkimusmenetelmäksi, koska mittarin reliabiliteetti ja validiteetti on jo tutkittu ja kuvattu (Cleland ym. 2005; Rees, Sheard & Davies 2002) ja koska mittarilla saatuja tuloksia haluttiin vertailla kansainvälisesti. Asennemittarin 26 väittämää käännettiin englannista suomeksi sekä puheviestinnän että englannin kielen lehtorin toimesta. Samat henkilöt toteuttivat takaisin kääntämisen ja päätyivät yhteisymmärrykseen mittarin suomenneusta versiosta. Takaisin kääntämisen jälkeen puheviestinnän lehtori vertasi suomennettua väittämiä alkuperäisiin väittämiin ja viimeisteli suomennettujen väittämien muotoilun. Väittämät olivat samat, joita käytettiin alkuperäisessä mittarissa ja niiden järjestys oli sama. Väittämiin vastattiin alkuperäisen mittarin mukaisella 5-portaisella Likert-asteikolla. Opiskelijoilta kysyttiin myös taustatietoja (ikä, sukupuoli, vapaaehtoisesti nimi), harjoitusryhmän kirjain (A, B, C) ja tutkimuslupa. Aineistot kerättiin opetuskokeilun ensimmäisellä ja viimeisellä kokoontumiskerralla.

5.6 Aineistojen analysointi

5.6.1 Kyselylomakeaineistojen ja täsmäryhmähaastattelujen analyysitavat

Artikkeli I. Tutkimuksen aineisto koostui kyselylomakkeen taustatiedoista, oppimismenetelmää koskevasta yhdestä Likert-asteikollisesta kysymyksestä sekä kolmesta avoimesta kysymyksestä. Lisäksi aineistoina käytettiin litteroitua täsmäryh-

mähaastattelua ja osallistujien haastatteluvastauksia täydentäneitä sähköpostivastauksia. Kyselylomakkeen avoimet vastaukset sekä täsmäryhmähaastattelujen litteroidut tekstit sähköpostivastauksilla täydennettyinä analysoitiin aineistolähtöisesti laadullisen sisällönanalyysin avulla (Lindlof & Taylor 2002).

Avointen vastausten pituudet vaihtelivat muutamista lauseista yli puolen A4 sivun mittaisiin kirjoituksiin. Avovastausten aineistoa kertyi keskimäärin 13 sivua ja litteroitua tekstiä yhteensä 20 sivua. Sisällönanalyysissä käytettiin apuna ATLAS.ti 5.2 tietokoneohjelmaa, jota on käytetty myös artikkeleissa II ja III. Analyysiyksiköt valittiin aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti, eli keskeistä oli löytää aineistosta niitä merkityksiä, joita opiskelijat liittivät työpajateatterin erityispiirteisiin sekä sen soveltuvuuteen vuorovaikutusosaamisen oppimisessa. Kyselylomakeaineiston merkitysyksiköistä muodostettiin aineistolähtöisesti 27 koodia (koodilista), jotka nimettiin aineistoa kunnioittaen. Koodit yhdisteltiin alaluokiksi, jotka ryhmiteltiin pääteemoiksi. Täsmäryhmähaastatteluaineiston analyysissä tarkasteltiin, tuovatko haastatteluun osallistuneet opiskelijat esiin samoja merkityksiä kuin kyselylomakeaineistossa ja vahvistavatko nämä kaksi aineistoa toisiaan (Creswell & Plano Clark 2011). Analyysi osoitti, että koodilista A soveltui hyvin täsmäryhmähaastattelu A:n analysointiin. Aineistoista syntyneet koodit yhdistettiin alaluokiksi ja edelleen kahdeksaksi pääteemaksi.

Kyselylomakkeen Likert-asteikollisesta kysymyksestä laskettiin vastausten jakauma ja prosenttiosuudet. Laadullisen sisällönanalyysin luotettavuutta pyrittiin lisäämään rinnakkaiskoodauksen avulla, jossa katsottiin antoivatko tutkija ja rinnakkaiskoodaajana toiminut puheviestinnän tutkija samalle tekstiosiolle saman koodimerkinnän (Miles & Huberman 1994, 64). Rinnakkaiskoodaajalle selvitettiin tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja koodaustehtävän periaatteet. Hänelle annettiin tutkijan aineistoon perehtymisen pohjalta luoma koodilista, selitettiin koodien perusteet ja pyydettiin tulkitsemaan etukäteen valitut aineiston ilmaukset ja sijoittamaan ne tutkijan luomiin koodeihin. Tutkimuksessa rinnakkaiskoodattiin 50 % kyselylomakeaineiston vastauksista. Yksimielisyysprosentti oli 93 %.

Artikkeli II. Tutkimusaineisto koostui kyselylomakkeen taustatiedoista, kolmesta Likert-asteikollisesta kysymyksestä, kunkin menetelmän osalta kolmesta avoimesta kysymyksestä sekä kolmesta litteroidusta täsmäryhmähaastattelusta. Kyselylomakkeen vastausprosentti ryhmässä A (TIE) oli 100 %, ryhmässä B (SP) 96 % ja ryh-

mässä C (RP) 96 %. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineisto järjestettiin menetelmäkohtaisesti aineistoryhmiin A, B ja C, joihin kuuluivat kunkin menetelmän osalta kyselylomakkeen avovastaukset ja täsmäryhmähaastattelujen litteroidut tekstit. Likert-asteikollisten kysymysten vastauksista laskettiin vastausten jakauma ja prosenttiosuudet. Avovastaukset ja täsmäryhmähaastattelujen litteroidut tekstit analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla (Tuomi & Sarajärvi 2002). Tätä vaihetta kutsutaan menetelmäkohtaiseksi analyysiksi (Miles & Huberman 1994).

Edellisessä osatutkimuksessa (artikkeli I) kyselylomakkeen avovastausten ja täsmäryhmähaastattelujen laadullinen sisällönanalyysi oli aloitettu aineistoryhmästä A (TIE), joka on selostettu edellä. Samanlaista analyysitapaa käytettiin osa-aineistojen B ja C analysoinnissa. Kyselylomakeaineistosta B (SP) muodostui 29 koodia (koodilista B), jotka ryhmiteltiin 7 pääteemaksi. Koodilista B soveltui hyvin täsmäryhmähaastattelun B analyysiin, josta muodostui lopulta samat 7 pääteemaa. Kyselylomakeaineistosta C (RP) muodostui 30 koodia (koodilista C), jotka ryhmiteltiin 8 pääteemaksi. Koodilista C soveltui hyvin täsmäryhmähaastattelun C analysointiin, josta muodostui myös samat 8 pääteemaa.

Laadullisen sisällönanalyysin luotettavuutta pyrittiin lisäämään rinnakkaiskoodauksen avulla, jossa katsottiin antoivatko tutkija ja rinnakkaiskoodaajina toimineet kaksi puheviestinnän asiantuntijaa samalle tekstiosiolle saman koodimerkinnän (Creswell 2009, 191; Miles & Huberman 1994, 64). Tutkimuksessa rinnakkaiskoodattiin 50 % kyselylomakkeen avovastausten aineistosta ryhmissä A, B ja C. Rinnakkaiskoodauksen yksimielisyysprosentiksi saatiin ryhmässä A 93 %, ryhmässä B 96 % ja ryhmässä C 93 %.

Analyysin seuraavassa vaiheessa verrattiin menetelmäkohtaisessa analyysissä saatuja tuloksia toisiinsa. Vertailussa käytettiin tapausten välisen vertailun menetelmää (cross-case analysis), jotta tuloksista voitaisiin löytää vertailun avulla mahdollisia samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia (Miles & Huberman 1994). Tarkemmin sanottuna tutkimuksessa käytettiin pinoutuvan vertailun menetelmää (stacking comparable cases), jossa jokainen yksittäinen tapaus analysoidaan ensin syvällisesti ja sen jälkeen tapausten tasolla tulokset kootaan meta-matriisiin, joka mahdollistaa tulosten edelleen tiivistämisen sekä systemaattisen vertaamisen (Miles & Huberman 1994, 176). Jokaisesta osa-aineistosta löydetty pääteemat järjestettiin yhteen taulukkoon. Taulukkoon yhdistettiin myös Likert-asteikollisten kysymysten menetelmäkohtaiset vastaukset. Menetelmille annettujen arvojen keskiarvojen erojen testaami-

seen käytettiin Kruskal-Wallis-testiä. Osa-aineistoista löytyneet pääteemat ryhmiteltiin samankaltaisuuden perusteella taulukkoon ja niiden sisällöllisiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia sekä eri ryhmissä saatuja vastausmääriä vertailtiin. Vertailun perusteella muodostui kuusi kaikille ryhmille yhteistä teemaa alakategorioineen. Teema 1 (oppimismenetelmä itsessään) sekä Likert-asteikollisten kysymysten vastaukset kuvasivat lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä kunkin menetelmän soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Teemat 2–6 kuvasivat kunkin menetelmän erityispiirteitä, joihin sisältyivät oppimista edistävät ja ehkäisevät tekijät.

5.6.2 Itsearvioidut oppimistulokset ja kyselylomakeaineiston analyysi

Artikkeli III. Itsearvioituja oppimistuloksia tutkittiin kyselylomakkeen avointen kysymysten avulla. Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin kunkin ryhmän osalta laadullisen sisällönanalyysin avulla (Frey ym. 2000; Tuomi & Sarajärvi 2002). Tätä vaihetta kutsutaan tapauskohtaiseksi analyysiksi, jonka tavoitteena oli kuvata ja ymmärtää kunkin ryhmän sisällä annettuja merkityksiä (Miles & Huberman 1994). Koska tutkimuksessa haluttiin vertailla kolmessa ryhmässä saavutettuja oppimistuloksia, sijoitettiin kaikkien kolmen aineiston alaluokat yhteen taulukkoon vertailun helpottamiseksi. Vertailussa tarkasteltiin alaluokkien esiintyvyyttä eri aineistoissa sekä niiden sisällöllisiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia pinoutuvan vertailun menetelmällä. Vertailun avulla löydettiin viisi kaikille ryhmille yhteistä teemaa, jotka koottiin samaan tulostaulukkoon.

5.6.3 Vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittarilla kerätyn aineiston analyysi

Artikkeli IV. Tutkimusaineisto kerättiin suomennetulla vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittarilla ennen ja jälkeen opetuskokeilun. Suomennetun mittarin sisäistä rakennetta ja sen rakennevaliditeettia tutkittiin pääkomponenttianalyysin avulla (Metsämuuronen 2003, 86, 520), kuten on tehty aiemmissa tutkimuksissa, joissa asennemittari on käännetty eri kielille (Harlak ym. 2008a; Molinuevo & Torrubia 2011). Pääkomponenttianalyysissä Kaiser-Meyer-Olkin -testin arvo oli 0.88 ja Bart-

lettin sfäärisyystestin arvo oli tilastollisesti merkitsevä ($p < .000$), mikä osoitti, että korrelaatiomatriisi oli sovelias pääkomponenttianalyysiin.

Pääkomponenttianalyysin (Varimax-rotatiolla) tuloksena muodostui kuusi faktoria, joiden ominaisarvot olivat yli yhden ja jotka selittivät 61.93 % muuttujien varianssista. Tavoitteena oli käyttää pääkomponenttianalyysia konfirmatorisessa tarkoituksessa eli tutkia, onko suomennetulla mittarilla kerätystä aineistosta mahdollista muodostaa kaksi pääkomponenttia, kuten alkuperäisessä tutkimuksessa tehtiin (Rees, Sheard & Davies 2002). Sen vuoksi seuraavassa pääkomponenttianalyysissä pääkomponenttien määräksi asetettiin kaksi. Kaksi pääkomponenttia selitti 40.93 % muuttujien varianssista. Ensimmäisen pääkomponentin ominaisarvo oli 8.966 ja toisen 1.676. Yksittäisten muuttujien lataukset tukivat jakoa kahteen ryhmään (positiiviset ja negatiiviset asenteet). Pääkomponenttianalyysin tulokset vahvistivat kahden summamuuttujan ratkaisun.

Mittarin sisäisen yhteneväisyyden mittana käytettiin Cronbachin alfaa (Metsämuuronen 2003, 386). Aineistosta muodostettiin summamuuttujat PAS (positiiviset asenteet) ja NAS (negatiiviset asenteet). Summamuuttujat PAS-ennen ja NAS-ennen kuvasivat opiskelijoiden asenteita vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan ennen opetuskokeilua ja summamuuttujat PAS-jälkeen ja NAS-jälkeen kuvasivat opiskelijoiden asenteita opetuskokeilun jälkeen. PAS-ennen sai arvon $\alpha = 0.882$ ja NAS-ennen sai arvon $\alpha = 0.794$. PAS-jälkeen sai arvon $\alpha = 0.895$ ja NAS-jälkeen sai arvon $\alpha = 0.828$. NAS-ennen sai kaikkein alimman alfa-arvon. Mikäli kysymys 20 olisi poistettu summamuuttujasta NAS-ennen, olisi Cronbachin alfa-arvoksi saatu $\alpha = 0.811$. Mutta kun kysymys 20 pidettiin mukana summamuuttujassa NAS-ennen, oli Cronbachin alfa-arvo $\alpha = 0.794$. Koska ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä, päätettiin kysymys 20 säilyttää summamuuttujassa NAS-ennen. Näin haluttiin varmistaa, että tulokset ovat mahdollisimman vertailukelpoisia aiempien samalla mittarilla saatujen tulosten kanssa. Koska analyysissä havaittiin, että muuttujat olivat epänormaalisti jakaantuneita, käytimme ei-parametrisia testejä (Wilcoxonin testi, Mann-Whitneyn U-testi, Kruskal-Wallis test) tutkiaksemme summamuuttujien PAS ja NAS keskiarvojen eroja ennen ja jälkeen koulutuksen. Keskiarvojen vertailuun koko joukossa, sukupuolittain ja ryhmittäin käytettiin Wilcoxonin testiä. Miesten ja naisten keskiarvojen keskinäiseen vertaamiseen käytettiin Mann-Whitney U-testiä. Kruskal-Wallis testia käytettiin keskiarvojen vertaamiseen kolmen ryhmän välillä sekä keskiarvojen vertaamiseen ryhmittäin ja sukupuolittain.

Tutkimuskysymykset, tutkimusmenetelmät ja analyysitavat koko tutkimuksen osalta esitetään taulukossa 2.

Taulukko 2. Tutkimuskysymykset, tutkimusmenetelmät ja analyysitavat artikkeleittain

Tutkimuskysymys	Menetelmä	Analyysitapa	Artikkeli
1) Millaisia näkemyksiä lääketieteen opiskelijoilla on työpajateatterin erityispiirteistä ja menetelmän soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen?	a) Likert-asteikot b) Avoimet kysymykset c) Täsmäryhmähaastattelut	Vastausten jakauman ja prosenttiosuuksien laskeminen Laadullinen sisällönanalyysi	I
2) Millaisia näkemyksiä lääketieteen opiskelijoilla on työpajateatterin, simuloitujen potilaiden ja roolipelin erityispiirteistä sekä menetelmien soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen? Millaisia yhtäläisyyksiä tai eroja eri ryhmissä olleiden opiskelijoiden näkemyksissä on? Millaiset erityispiirteet ovat opiskelijoiden näkemysten mukaan oppimista edistäviä tai ehkäiseviä kussakin menetelmässä?	a) Likert-asteikot b) Avoimet kysymykset c) Täsmäryhmähaastattelut	Vastausten jakauman ja prosenttiosuuksien laskeminen, Kruskall-Wallis test Laadullinen sisällönanalyysi ja tapausten välisen vertailun menetelmä	II
3) Millaisia lääketieteen opiskelijoiden itsearvioitua oppimistulokset kolmessa ryhmässä ovat ja millaisia yhtäläisyyksiä ja eroja näissä oppimistuloksissa on?	Avoimet kysymykset	Laadullinen sisällönanalyysi ja tapausten välisen vertailun menetelmä	III
4) Miten lääketieteen opiskelijoiden asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan muuttuvat vuorovaikutuskoulutuksen aikana ja millaisia eroja ja yhtäläisyyksiä asenteissa on eri ryhmissä?	Vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittari	Pääkomponenttianalyysi, Summuuttajat, Cronbachin alfa-arvot, Wilcoxonin testi, Mann-Whitney U-testi, Kruskall-Wallis test	IV

6. Tulokset

Tulokset esitetään kolmessa alaluvussa. Ensimmäinen alaluku käsittelee lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä kokemuksellisten oppimismenetelmän erityispiirteistä sekä menetelmien soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Tulokset kuvataan artikkeleittain (osatutkimukset I ja II). Kummassakin artikkelissa esitetään runsaasti aineistolainauksia, jotka tästä yhteenvedon tiivistyksestä on karsittu pois. Toinen alaluku käsittelee opiskelijoiden itsearvioituja oppimistuloksia kolmessa ryhmässä (osatutkimus III). Kolmannessa alaluvussa kuvataan lääketieteen opiskelijoiden asenteita vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan ennen ja jälkeen puheviestinnän opetuskokeilun (osatutkimus IV). Lopuksi esitetään tulosten yhteenvedo.

6.1 Lääketieteen opiskelijoiden näkemykset oppimismenetelmistä

Artikkeli I. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja ymmärtää lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoiden (N = 43) näkemyksiä työpajateatterin erityispiirteistä sekä menetelmän soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Tutkimusmenetelminä olivat kyselylomake ja täsmäryhmähaastattelu. Tulokset osoittivat, että 86 % opiskelijoista koki työpajateatterin soveltuvan hyvin tai erittäin hyvin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Pieni osa opiskelijoista (5 %) koki työpajateatterin soveltuvan huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen.

Työpajateatterin erityispiirteisiin sisältyivät oppimismenetelmään liittyneiden mainintojen lisäksi opettajien toiminta, lääkärin roolissa oleminen, käsikirjoitukset, reflektio ryhmässä sovelletun foorumiteatterin aikana, vuorovaikutuksen havainnointi, aktiivisuus ja tunnereaktiot.

Suurin osa opiskelijoista koki opettajien toiminnan myönteisesti. Lääkärin roolissa oleminen koettiin myönteisenä, mielenkiintoisena ja haasteellisena oppimiskokemuksena. Lääkärin roolin ottamisen vapaaehtoisuus koettiin sekä myönteisesti

että kielteisesti, sillä kaikki eivät päässeet tai joutuneet lääkärin rooliin. Lääketieteellisen tiedon puute vaikeutti opiskelijoiden näkemysten mukaan lääkärin roolissa toimimista. Täsmäryhmähaastattelussa opiskelijat korostivat uuden ammattiroolin harjoittamisen merkitystä.

Työpajateatteriin sisältyneiden näytelmien käsikirjoitukset olivat opiskelijoiden näkemysten mukaan joko realistisia tai epärealistisia. Realistisuus koettiin oppimista edistäväksi, koska se auttoi eläytymään tilanteeseen sekä huomioimaan potilaan näkökulman. Epärealistisuus puolestaan vaikeutti näytelmään eläytymistä.

Reflektointi sovelletun foorumiteatterin aikana koettiin oppimista edistäväksi. Erityisen mielekkäänä koettiin vuorovaikutustilanteen pysäyttäminen ja siihen puuttuminen sekä yhteinen ryhmäkeskustelu, jossa tuli esiin useita erilaisia näkökulmia ja erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja vuorovaikutustilanteen eteenpäin viemiseksi. Opiskelijoiden näkemysten mukaan vuorovaikutuksen havainnointi näytelmäesityksen ja sovelletun foorumiteatterin aikana auttoi kiinnittämään huomion vuorovaikutuksen osatekijöihin ja analysoimaan lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Puolet opiskelijoista koki, että työpajateatteri aktivoi heitä osallistumaan yhteiseen toimintaan, antoi ajattelemisen aihetta, herätti uusia ajatuksia ja oma näkökulma asioihin laajeni. Toisaalta motivaation puutteesta kertoi kolme opiskelijaa.

Työpajateatteri herätti opiskelijoissa sekä myönteisiä että kielteisiä tunnereaktioita. Se koettiin mukavaksi, hauskaksi ja turvalliseksi tavaksi harjoitella vuorovaikutusosaamista. Toisaalta opiskelijat kertoivat jännittäneensä lääkärin roolissa olemista tai toisten eteen menemistä.

Tulokset osoittivat, että työpajateatteri aktivoi opiskelijoita ja tarjosi mahdollisuuksia osallistua oppimistilanteeseen useilla vapaaehtoisilla tavoilla. Ensinnäkin työpajateatteri mahdollisti oppimisen havainnoimalla vuorovaikutusta näytelmän katsomisvaiheessa sekä sovelletun foorumiteatterin aikana. Toiseksi työpajateatteri stimuloi toiminnanaikaista ryhmässä tapahtuvaa reflektointia ja tarjosi näin mahdollisuuden vuorovaikutuksen analysointiin, useiden näkökulmien kuulemiseen ja erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen keksimiseen ja testaamiseen. Kolmanneksi menetelmä tarjosi mahdollisuuden vuorovaikutustaitojen harjoitteluun lääkärin roolissa.

Artikkeli II. Tutkimuksessa kuvattiin ja verrattiin lääketieteen opiskelijoiden (N = 132) näkemyksiä kolmen kokemuksellisen oppimismenetelmän erityispiirteistä, niiden soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen sekä menetelmien op-

pimista edistävästä ja ehkäisevästä piirteistä. Tutkimusmenetelminä käytettiin kyse-lylomaketta ja täsmäryhmähaastatteluja. Tulokset osoittivat, että ryhmässä A (n = 43) 86 % opiskelijoista koki työpajateatterin soveltuvan hyvin tai erittäin hyvin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Ryhmässä B (n = 44) 91 % opiskelijoista koki simuloitujen potilaiden soveltuvan hyvin tai erittäin hyvin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Ryhmässä C (n = 45) 84 % opiskelijoista koki roolipelin soveltuvan hyvin tai erittäin hyvin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Kussakin ryhmässä pieni osa opiskelijoista (5–7 %) koki menetelmien soveltuvan huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Opiskelijoiden näkemyksissä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

Oppimismenetelmien yhteiset erityispiirteet olivat: 1) lääkärin rooli, 2) potilaan rooli, 3) reflektiivinen osallistuminen, 4) tunnereaktiot ja 5) opettajien toiminta. Lääkärin roolissa olemista kuvattiin kaikissa ryhmissä hyödylliseksi ja tärkeäksi tulevaa ammattia ajatellen. Se koettiin mielenkiintoiseksi, haastavaksi, itseluottamusta lisääväksi ja hyväksi tavaksi hyödyntää jo omaksuttuja lääketieteen tietoja sekä harjoitella vuorovaikutustaitoja. Toisaalta opiskelijoiden näkemysten mukaan lääketieteellisen tiedon puute vaikeutti kysymysten keksimistä potilashaastattelun aikana. Suurimmat erot ryhmien välillä lääkärin rooliin liittyen olivat siinä, että työpajateatteriryhmässä olleet opiskelijat saivat vapaaehtoisesti valita, astuvatko he lääkärin rooliin sovelletun foorumiteatterin aikana, mutta kahdessa muussa ryhmässä lääkärin roolissa oleminen oli pakollista.

Potilaan rooli oli erilainen kussakin oppimismenetelmässä, sillä ryhmässä A potilaat tulivat esiin näytelmässä, ryhmässä B potilaan roolissa olivat harrastajanäyttelijät ja ryhmässä C opiskelijatoverit. Potilaan roolista löydetty samankaltaisuudet liittyivät realismiin ja epärealismiin. Ryhmässä A näytelmien käsikirjoitukset koettiin joko realistisiksi tai epärealistisiksi. Realistisuus auttoi opiskelijoita eläytymään potilaan asemaan. Epärealistisuus vaikeutti näytelmän tapahtumiin eläytymistä. Osa opiskelijoista koki näytelmän lääkärin ”vuorovaikutusvirheet” liian itsestään selviksi ja potilastapaukset liioitelluiksi. Ryhmässä B potilaan roolissa olleet harrastajanäyttelijät koettiin realistisiksi, koska he olivat tuntemattomia henkilöitä, ammattitaitoisia ja esittivät roolinsa uskottavasti. Toisaalta harjoitustilanne koettiin epärealistiseksi sen vuoksi, että muut seurasivat potilashaastattelun kulkua. Ryhmässä C suurin osa opiskelijoista ajatteli, että opiskelijatoverin kohtaaminen potilaan roolissa oli epärealistista, koska opiskelijat tunsivat toisensa entuudestaan,

opiskelijatoveri ei eläytynyt uskottavasti potilaan rooliin tai koska opiskelijatoveri ei näyttänyt potilastapauksessa kuvatulta henkilöltä.

Reflektiivinen osallistuminen oli luonteeltaan erilaista eri ryhmissä. Ryhmässä A reflektiivinen osallistuminen tarkoitti vuorovaikutuksen havainnointia näytelmän ja sovelletun foorumiteatterin aikana sekä ryhmässä tapahtuvaa toiminnanaikaista reflektointia. Ryhmissä B ja C reflektiivinen osallistuminen tarkoitti vuorovaikutusharjoituksen havainnointia sekä palautteen antamista ja vastaanottamista harjoituksen jälkeen. Itsearviointi ja monipuoliset palautekeskustelut koettiin tärkeiksi, mukaviksi, kehittäviksi ja kannustaviksi.

Kaikki oppimismenetelmät herättivät opiskelijoissa pääosin myönteisiä tunnereaktioita. Oppiminen kokemuksellisten menetelmien avulla oli opiskelijoiden näkemysten mukaan turvallista, rentoa, mukavaa, hauskaa ja kivaa. Kaikissa ryhmissä opiskelijat kokivat myös jännittämisen tunnetta, mikä liittyi lääkärin roolissa olemiseen sekä katseiden kohteena olemiseen. Simuloitujen potilaiden kanssa harjoittelemisen oli opiskelijoiden näkemysten mukaan kaikkein jännittävintä.

Opettajien toiminta koettiin kaikissa ryhmissä pääosin myönteisesti. Opettajia pidettiin aktiivisina, motivoituneina, kannustavina, empaattisina, positiivisina, eloisina, innostuneina, ystävällisinä ja alansa asiantuntijoina. Pieni osa opiskelijoista koki opettajien toiminnan kielteisesti, mikä oli yhteydessä opettajien persooniin sekä heidän toimintaansa ohjaustilanteessa.

Lääkärin roolissa oleminen, realismi, reflektiivinen osallistuminen, myönteiset tunnereaktiot sekä myönteisesti koettu opettajien toiminta edistivät vuorovaikutusosaamisen oppimista. Oppimista puolestaan heikensivät epärealistisuus, lääketieteellisen tiedon puute, motivaation puute, jännittäminen, negatiivinen kokemus lääkärin roolissa olemisesta ja negatiivisesti koettu opettajien toiminta.

6.2 Itsearvioidut oppimistulokset

Artikkeli III. Tutkimuksessa kuvattiin ja verrattiin lääketieteen opiskelijoiden (N = 132) itsearvioituja oppimistuloksia kolmessa ryhmässä. Tutkimusmenetelmänä oli kyselylomake ja siihen sisältyneet avoimet kysymykset. Tulokset osoittivat, että opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset jakaantuivat viiteen teemaan: 1) vuoro-

vaikutustaitojen oppiminen, 2) vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen, 3) tiedollinen oppiminen, 4) potilaskeskeisyyden oppiminen sekä 5) ei oppinut uutta.

Ensimmäinen ja mainintojen osalta laajin teema liittyi opiskelijoiden kuvauksiin siitä, millaisia vuorovaikutustaitoja he kokivat oppineensa puheviestinnän opetuskokeilun aikana. Kaikissa ryhmissä opiskelijat kertoivat oppineensa kuuntelemisen taitoja, vuorovaikutuksen havainnointi- ja analysointitaitoja, nonverbaalisen viestinnän taitoja, kysymysten esittämisen taitoja, vastaanoton rakenteen hahmottamisen taitoja ja vuorovaikutussuhteen luomiseen taitoja.

Toinen teema liittyi opiskelijoiden tiedostumiseen sekä omasta että lääkärin ammatillisesta vuorovaikutusosaamisesta. Omasta vuorovaikutusosaamisesta tiedostumista kuvastivat opiskelijoiden vastaukset siitä, mitä he olivat itsestään viestijänä havainneet, millaisista vuorovaikutukseen liittyvistä asioista he olivat tulleet tietoisiksi, kuinka he olivat oppineet tarkkailemaan omaa toimintaansa tai arvostamaan vuorovaikutustaitojaan, millaista viestintäkäyttäytymistä he aikovat välttää tai millaiseen viestintäkäyttäytymiseen he aikovat tulevaisuudessa pyrkiä. Lääkärin ammatillisesta vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen näkyi kaikissa aineistoissa siten, että opiskelijat pohtivat, kuinka vuorovaikutusosaaminen auttaa lääkäriä työssään. Opiskelijoiden näkemysten mukaan vuorovaikutustaidot auttavat potilaan luottamuksen saavuttamisessa ja sairaushistorian selvittämisessä. Hyvillä vuorovaikutustaidoilla ja oikealla asennoitumisella potilaaseen lääkärin työ helpottuu, nopeutuu ja muuttuu mielekkäämmäksi. Lääkärin vuorovaikutusosaaminen näkyy opiskelijoiden mukaan potilastyytyväisyydessä ja hoitomyöntyvyydessä.

Kolmas teema liittyi opiskelijoiden kokemaan tiedolliseen oppimiseen. Kaikissa ryhmissä opiskelijat kuvasivat oppineensa käyttämään opittuja tietoja uusissa vuorovaikutustilanteissa. He kokivat oppineensa lisää tietoa lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta sekä ymmärtäneensä, millainen merkitys lääkärin ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella on. Pieni osa opiskelijoista koki omien ajatustensa ja käsitystensä muuttuneen tai oppineensa kriittistä ajattelua.

Neljäs teema liittyi opiskelijoiden kokemuksiin potilaskeskeisyyden oppimisesta. Tähän liittyi potilaan tilanteeseen eläytyminen, halu auttaa ja ymmärtää potilasta, potilaasta välittäminen, potilaan ottaminen vakavasti, potilaan mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun, potilaan mielipiteiden ja näkemysten kysyminen sekä potilaan huolien, pelkojen, haavoittuvaisuuden, toiveiden ja odotusten huomioon ottaminen. Viides teema liittyi opiskelijoiden lyhyisiin toteamuksiin siitä, etteivät he kokeneet

oppineensa puheviestinnän opetuskokeilun aikana uutta. Tulokset osoittivat, että kaikissa kolmessa ryhmässä opiskelijat itsearvioivat oppineensa hyvin samankaltaisia asioita. Suurin ero ryhmien välillä liittyi potilaskeskeisyyden oppimiseen, jota koettiin opitun eniten ryhmässä A, jossa käytettiin työpajateatteria.

6.3 Asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan

Artikkeli IV. Tutkimuksessa tarkasteltiin lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoiden (N = 129) asenteita vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan koko joukossa, kolmessa ryhmässä ja sukupuolittain jaoteltuna. Tutkimusmenetelmänä käytettiin suomennettua vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittaria. Aineisto kerättiin sekä ennen että jälkeen opetuskokeilun.

Tulokset osoittivat, että lääketieteen opiskelijoiden positiiviset asenteet (PAS) lisääntyivät ja negatiiviset asenteet (NAS) vähenivät opetuksen lopussa verrattuna opetuksen alkuun. Toisin sanoen lääketieteen opiskelijoiden asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan muuttuivat myönteisemmiksi opetuskokeilun kuluessa. Naiset asennoituivat vuorovaikutustaitojen oppimiseen myönteisemmin kuin miehet sekä ennen opetusta että sen jälkeen. Kolmen ryhmän välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja summamuuttujien PAS tai NAS keskiarvoissa opetuksen alussa tai lopussa.

6.4 Tulosten yhteenveto

Tulokset osoittivat, että lääketieteen opiskelijoiden näkemykset työpajateatterin, simuloitujen potilaiden ja roolipelin soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen olivat pääosin myönteisiä. Vähintään 84 % kussakin ryhmässä olleista opiskelijoista koki menetelmien soveltuvan hyvin tai erittäin hyvin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Kussakin ryhmässä olleista opiskelijoista 5–7 % koki menetelmien soveltuvan huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Opiskelijoiden näkemyksissä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.

Työpajateatterilla, simuloituilla potilailla ja roolipelillä todettiin olevan viisi samankaltaista erityispiirrettä, jotka olivat lääkärin rooli, potilaan rooli, reflektiivinen

osallistuminen, tunnereaktiot ja opettajien toiminta. Tiivistetysti voidaan todeta, että lääkärin roolissa oleminen, realistisuus, reflektiivinen osallistuminen, myönteiset tunnereaktiot sekä myönteisesti koettu opettajien toiminta edistivät vuorovaikutusosaamisen oppimista. Vuorovaikutusosaamisen oppimista puolestaan heikensivät epärealistisuus, lääketieteellisen tiedon puute, motivaation puute, jännittäminen, negatiivinen kokemus lääkärin roolissa olemisesta ja negatiivisesti koettu opettajien toiminta.

Lääketieteen opiskelijoiden itsearvioitujen oppimistulosten kuvaaminen ja vertaaminen osoitti, että kaikissa ryhmissä opittiin hyvin samansuuntaisia asioita. Merkittävimmät opitut asiat olivat vuorovaikutustaitojen oppiminen, vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen, tiedollinen oppiminen ja potilaskeskeisyyden oppiminen. Lisäksi pieni osa opiskelijoista koki, ettei oppinut puheviestinnän opetuskokeilussa uutta. Suurin ero ryhmien välillä oli potilaskeskeisyyden oppimisessa, jota koettiin opitun eniten ryhmässä, jossa käytettiin oppimismenetelmänä työpajateatteria.

Lääketieteen opiskelijoiden asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan muuttuivat myönteisemmiksi vuorovaikutuskoulutuksen aikana. Naiset asennoituivat vuorovaikutustaitojen oppimiseen myönteisemmin kuin miehet sekä ennen opetusta että sen jälkeen. Kolmen ryhmän välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja opiskelijoiden asenteissa. Sen vuoksi tulosten perusteella ei voida sanoa, oliko jokin menetelmä tehokkaampi kuin toinen suhteessa asenteiden muuttumiseen.

7. Pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata, ymmärtää ja verrata lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä työpajateatterin, simuloitujen potilaiden ja roolipelin erityispiirteistä ja menetelmien soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Puheviestinnän opetuskokeilun vaikuttavuutta tarkasteltiin arvioimalla koulutuksessa saavutettuja oppimistuloksia ja vertaamalla niitä opetuskokeilulle asetettuihin tavoitteisiin. Oppimistuloksia tutkittiin itsearvioitujen oppimistulosten ja asenteiden muuttumisen näkökulmista. Tutkimuksessa uutta oli erityisesti draamakasvatuksen teoriataustan kytkeminen osaksi lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen teoreettista viitekehystä. Uutta oli myös työpajateatterin soveltaminen lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutukseen sekä työpajateatterin, simuloitujen potilaiden ja roolipelin vertaaminen. Vastaavaa vertailututkimusta ei ole aiemmin tehty. Tutkimus avaa uusia teoreettisia ja käytännöllisiä näkökulmia vuorovaikutusosaamisen oppimiseen kokemuksellisten oppimismenetelmien avulla.

7.1 Kokemuksellisten oppimismenetelmien soveltuvuus vuorovaikutusosaamisen oppimiseen ja opetuskokeilun vaikuttavuus

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että vähintään 84 % kussakin ryhmässä olleista opiskelijoista koki menetelmien soveltuvan hyvin tai erittäin hyvin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Eri ryhmissä olleiden opiskelijoiden näkemyksissä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että lääketieteen opiskelijat suhtautuvat myönteisesti harrastajanäyttelijän tai näyttelijän kanssa tehtyihin simuloituihin potilashaastatteluharjoituksiin (Eagles ym. 2001; Mönkkönen, Pyörälä & Isotalus 2007; Rees ym. 2004; Bondevik ym. 2006) ja opiskelijatoverin kanssa toteutettuun roolipeliin (Nestel & Tierney 2007). Tulokset ovat siis tältä osin samansuuntaisia aiempien tutkimustulosten kanssa. Lisäksi tämän tut-

kimuksen tulokset osoittivat, että lääketieteen opiskelijat suhtautuivat työpajateatteriin yhtä myönteisesti kuin simuloituihin potilaisiin ja roolipeliin.

Kussakin ryhmässä 5–7 % opiskelijoista koki menetelmien soveltuvan huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Näitä opiskelijoita oli kaikissa aineistoissa yhteensä 7 (5 miestä ja 2 naista). Kun vertaillaan kaikkien osatutkimusten tuloksia, voidaan tehdä tarkempia havaintoja näiden opiskelijoiden itsearvioituista oppimistuloksista sekä heidän asennoitumisestaan vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan.

Ensinnäkin osatutkimusten tulosten vertaaminen osoitti, että opiskelijat, jotka raportoivat itse omanneensa kielteisiä ennakko-oletuksia oppimismenetelmiä kohtaan, arvioivat niiden soveltuvan huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Toiseksi tulokset opiskelijoiden itsearvioimista oppimistuloksista osoittivat, että koko joukossa kolme opiskelijaa ei kokenut oppineensa uusia asioita. Tulosten vertaaminen osoitti, että nämä kolme opiskelijaa olivat samoja opiskelijoita, jotka olivat arvioineet menetelmien soveltuvan huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Kolmanneksi tulosten vertaaminen osoitti, että niiden opiskelijoiden, jotka olivat arvioineet menetelmien soveltuvan huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen ($n = 7$), asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan olivat selkeästi negatiivisempia verrattuna oman ryhmänsä mediaaniin ennen opetusta ja sen jälkeen.

Tulosten vertaamisen perusteella näyttäisi siltä, että negatiiviset ennakko-oletukset oppimismenetelmistä ja negatiivinen asennoituminen vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan vaikuttavat negatiivisesti oppimismenetelmistä tehtyihin tulkintoihin sekä vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Tulos vahvistaa ajatusta siitä, että oppijoiden erilaiset odotukset ja asenteet vaikuttavat siihen, kuinka he tulkitsevat oppimistilanteessa saamaansa kokemusta (Boud ym. 1993) ja mitä he kokevat itse oppineensa opetuksen aikana. Jatkossa voitaisiin kiinnittää enemmän huomiota opiskelijoiden kielteisiin ennakko-oletuksiin oppimismenetelmiä ja oppiainetta kohtaan jo vuorovaikutuskoulutuksen alussa.

Opetuskokeilun vaikuttavuutta voidaan pohtia tarkastelemalla itsearvioituja oppimistuloksia ja asenteiden muuttumista. Opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset jakaantuivat viiteen teemaan: 1) vuorovaikutustaitojen oppiminen, 2) vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen, 3) tiedollinen oppiminen, 4) potilaskeskeisyyden oppiminen sekä 5) ei oppinut uutta. Opiskelijat itsearvioivat oppineensa kaikissa ryhmissä hyvin samansuuntaisia asioita. Suurin ero ryhmien välillä liittyi potilaskeskeisyyden oppimiseen, jota koettiin opitun eniten ryhmässä, jossa käytettiin työ-

pajateatteria. Asenteiden muutosta tarkastelleessa osatutkimuksessa havaittiin, että opiskelijoiden asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan muuttuivat myönteisempään suuntaan vuorovaikutuskoulutuksen aikana. Asenteiden muutoksessa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä. Naisten asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan olivat myönteisempiä kuin miesten sekä opetuksen alussa että lopussa. Tämä tulos vahvistaa aiempien tutkimusten tuloksia, jotka ovat osoittaneet, että naiset suhtautuvat myönteisemmin vuorovaikutustaitojen oppimiseen kuin miehet (Bombeke ym. 2011; Cleland ym. 2005; Harlak ym. 2008b; Rees & Sheard 2003; Wright ym. 2006).

Asenteiden myönteisestä muutoksesta kertovat tulokset ovat vastakkaisia verrattuna aiempiin vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittarilla saatuihin tuloksiin. Aiemmissä tutkimuksissa, joissa on tutkittu lääketieteen opiskelijoiden asenteita vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan tällä samalla asennemittarilla, opiskelijoiden asenteet vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan ovat muuttuneet kielteiseen suuntaan vuorovaikutuskoulutuksen aikana (Bombeke ym. 2011; Harlak ym. 2008b; Rees & Sheard 2003). Aiempien tutkimusten ja tämän tutkimuksen tuloksia on kuitenkin mahdotonta suoraan verrata, sillä vuorovaikutuskoulutuksen sisällöt, kestot ja oppimismenetelmät vaihtelevat eri tutkimuksissa. Tässä tutkimuksessa toteutetussa vuorovaikutuskoulutuksessa kuitenkin käytettiin pääosin kokemuksellisia oppimismenetelmiä ja vuorovaikutuskoulutus integroitiin lääketieteen opintojaksoon ja terveyskeskuspäiviin, mitä yhdessä edellä mainituista vuorovaikutuskoulutuksista (Bombeke ym. 2011; Harlak ym. 2008b; Rees & Sheard 2003) ei ole tehty.

Rees, Sheard ja Davies (2002) ovat todenneet, että vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittarin positiivisten asenteiden summamuuttuja mittaa lääketieteen opiskelijoiden asennoitumista vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan sekä heidän näkemyksiään siitä, että vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä lääkärin työssä. Asenteiden muuttuminen positiiviseen suuntaan voisi siis kertoa siitä, että opiskelijat ovat ymmärtäneet vuorovaikutuksen merkityksen lääkärin työssä. Opiskelijat myös itsearvioivat ymmärtäneensä lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen merkityksen lääkärin työssä sekä tiedostuneensa lääkärin työssä tarvittavasta vuorovaikutusosaamisesta, mikä vahvistaisi tätä tulkintaa. Opiskelijoiden itsearvioinneissa merkityksellisinä oppimistilanteina heijastuivat sekä kokemuksellisten oppimismenetelmien avulla simuloidut potilashaastattelutilanteet että terveyskeskuspäivien aikana havainnoidut aidot potilashaastattelutilanteet. Yksi syy myönteiseen asenne-

muutokseen saattaakin olla se, että vuorovaikutuskoulutus integroitiin terveystieteiden koulutukseen, jolloin vuorovaikutuksen merkitys lääkäri-potilassuhteessa on voinut konkretisoitua opiskelijoille aitojen potilashaastattelutilanteiden analysoinnin kautta.

Rees, Sheard ja Davies (2002) ovat todenneet, että vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittarin negatiivisten asenteiden summamuuttuja mittaa opiskelijoiden asenteita vuorovaikutustaitojen oppimista sekä arviointitapoja kohtaan. Syy negatiivisten asenteiden vähenemiseen tässä tutkimuksessa voi olla se, että opiskelijoilla oli hyvin myönteisiä näkemyksiä kaikista tässä tutkimuksessa käytetyistä oppimismenetelmistä. Lisäksi tulokset osoittivat, että menetelmät olivat hyvin samankaltaisia erityispiirteidensä osalta. Myönteiset näkemykset menetelmistä ja niiden samankaltaisuus voivatkin selittää, miksi opiskelijoiden negatiiviset asenteet vähenivät opetuskokeilun aikana ja miksi kolmen ryhmän välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja opiskelijoiden asenteissa.

Tulokset vahvistavat ajatusta siitä, että kokemuksellisilla oppimismenetelmillä voidaan saada aikaan muutoksia opiskelijoiden asenteissa (Kelly ym. 2002; Kurtz ym. 2005). Mottet ja Beebe (2006, 9) huomauttavat, että useimmat opiskelijat eivät tule opetukseen arvostaen jo valmiiksi sitä, mitä he ovat oppimassa, vaan opettajan tehtävä on auttaa heitä arvostamaan ja ymmärtämään opetettavan asian merkitys sekä löytää ne keinot, joilla opiskelijat saadaan vastaanottavaisiksi tiedolle. Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että kokemukselliset oppimismenetelmät voivat auttaa lääketieteen opiskelijoita asennoitumaan myönteisemmin vuorovaikutustaitojen oppimiseen sekä ymmärtämään vuorovaikutusosaamisen merkityksen lääkärin työssä.

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että puheviestinnän opetuskokeilulle asetettavat tavoitteet saavutettiin suhteellisen hyvin. Opiskelijat kokivat oppineensa havainnointi- ja analysointitaitoja kaikissa ryhmissä. Vuorovaikutustaitojen osalta opiskelijoiden oppimistuloksissa kuvattiin laajaa ja monipuolista vuorovaikutustaitojen oppimisen kirjoa. Tiedollisen oppimisen osalta opiskelijoiden kuvaamat oppimistulokset olivat laajempia kuin tavoitekuvauksessa mainittu ”ymmärrys viestinnän ja vuorovaikutustaitojen merkityksestä lääkäri-potilassuhteessa”. Asennemittarilla saadut tulokset osoittivat asenteiden myönteisen muutoksen ja antoivat viitteitä siitä, että opiskelijat olivat ymmärtäneet viestinnän ja vuorovaikutustaitojen merkityksen lääkärin työssä.

Opetukselle asetettujen tavoitteiden lisäksi tulokset kertoivat opiskelijoiden tiedostuneen omasta ja lääkärin ammatillisesta vuorovaikutusosaamisesta. Tuloksissa

näkyi viitteitä siitä, että opiskelijat olivat tiedostamisen toisessa tai kolmannessa vaiheessa (Hargie 2006, 17). Tämän tuloksen perusteella näyttäisi siltä, että lyhytkestoinen vuorovaikutuskoulutus ei riitä vuorovaikutustaitojen rutinoitumiseen. Vuorovaikutustaidot ovat luonteeltaan sellaisia taitoja, joita tulee harjoitella runsaasti, ennen kuin ne rutinoituvat (Berkhof ym. 2011; Hargie 2006; Street 2003; Kurtz ym. 2005). Mikäli lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen kehittymistä halutaan tukea, tarkoittaisi se tämän tutkimuksen tulosten perusteella vuorovaikutustaitojen harjoittelumäärän lisäämistä.

Tulokset osoittivat, että lääketieteen opiskelijat itsearvioivat oppineensa vuorovaikutuskoulutuksen aikana myös potilaskeskeisyyttä. Potilaskeskeisyyden oppimista voidaan pitää tärkeänä ajatellen lääketieteen opiskelijoiden tulevia potilaskohtauksia, koska lääkärin potilaskeskeinen suhtautumistapa vaikuttaa myönteisesti esimerkiksi potilastyytyväisyyteen, potilaan kokemaan selviytymiseen sairautensa kanssa sekä potilaan kokemien vaivojen vähenemiseen (Little ym. 2001).

Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen tutkimuskentällä on käyty keskustelua erilaisten kokemuksellisten oppimismenetelmien vertailun tarpeesta (Aspegren 1999) ja erityisesti simuloitujen potilaiden ja roolipelin välisten erojen ja yhtäläisyyksien tutkimisen tarpeesta (Heaven 2009; Lane & Rollnick 2007). Aiemmissa vertailututkimuksissa on havaittu, että simuloidut potilaat ja roolipeli ovat yhtä tehokkaita lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa, kun tehokkuutta on tarkasteltu koulutuksessa saavutettujen oppimistulosten näkökulmasta (Lane ym. 2008; Mounsey ym. 2006; Papadakis ym. 1997). Myös tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan päätellä, että simuloidut potilaat ja roolipeli ovat yhtä tehokkaita menetelmiä vuorovaikutusosaamisen oppimisessa, kun vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuutta tarkasteltiin itsearvioitujen oppimistulosten ja asenteiden muutoksen näkökulmasta. Lisäksi tämä tutkimus osoitti, että työpajateatterilla saavutettiin samansuuntaisia oppimistuloksia kuin roolipelillä ja simuloituilla potilailla. Voidaan siis sanoa, että tutkimuksen tuloksena löydettiin uusi lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutukseen hyvin soveltuva kokemuksellinen oppimismenetelmä.

Mikäli tämän tutkimuksen tuloksia tarkastellaan opetukseen käytettävissä olevien resurssien näkökulmasta, herättävät tulokset kysymyksen: onko simuloitujen potilaiden tai työpajateatterin käyttö lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa tarpeellista, jos vastaavia tuloksia saavutetaan myös roolipelin avulla? Työpajateatteri ja simuloidut potilaat vaativat riittäviä resursseja opetuksen järjestämiseksi. Sen sijaan

roolipeli voidaan toteuttaa ilman erillisiä resurssitarpeita. Tuloksia voidaan kuitenkin tarkastella myös muista kuin resurssitarpeiden näkökulmasta. Laadullisten aineistojen avulla saadut tulokset oppimismenetelmien erityispiirteistä ja niiden merkityksestä vuorovaikutusosaamisen oppimisessa tarjoavat hedelmällisen tarkastelunäkökulman kokemuksellisten oppimismenetelmien valintaan ja kehittämiseen.

7.2 Teoreettiset ja käytännölliset näkökulmat kokemuksellisten oppimismenetelmien kehittämiseen

7.2.1 Osallistumisen tasot kokemuksellisissa oppimismenetelmissä

Tutkimuksen tulosten analyttisen pohdinnan johtopäätöksenä esitän teoreettisen ajatuksen kokemuksellisten oppimismenetelmien tarjoamista osallistumisen tasoista. Työpajateatterin osalta osallistumisen tasoihin liittyvät johtopäätökset on esitetty artikkelissa I, joita tässä yhteenvedossa laajennan. Tässä yhteenvedossa esitän myös simuloituihin potilaisiin ja roolipeliin liittyvät osallistumisen tasot.

Tutkimuksen kohteena olleisiin oppimismenetelmiin liittyi mahdollisuus oppia esteettisen kahdentumisen kautta (Østern & Heikkinen 2001). Tällöin oppimisen näkökulmasta olennaista on reflektoida kokemusta sekä verrata fiktiivisen ja sosiaalisen todellisuuden kokemuksia keskenään (Heikkinen 2002, 61). Kokemuksellisessa oppimisessa keskeistä on tarjota oppijoille henkilökohtaisesti mielekäs kokemus sekä mahdollisuus kokemuksen reflektointiin (Boud ym. 1993; Schön 1987). Myös konstruktivistinen oppimisnäkemys korostaa oppijan aktiivisen toiminnan ja reflektion osuutta oppimisessa (Rauste-von Wright ym. 2003). Tulokset antavat viitteitä siitä, että tutkimuksen kohteena olleet oppimismenetelmät tarjosivat opiskelijoille mahdollisuuden kokemuksen ja reflektion avulla oppimiseen, sillä menetelmien yhteisiksi erityispiirteiksi nousivat lääkärin rooli ja reflektiivinen osallistuminen.

Opiskelijoiden näkemysten mukaan toisten kanssa keskusteleminen joko vuorovaikutustilanteiden analysointivaiheessa tai vuorovaikutusharjoitusten lopuksi edisti oppimista. Ryhmässä tapahtuvan vuorovaikutuksen merkitys painottuu kokemuksellisessa oppimisessa oppimisilmapiiriin, oppijan tunteiden huomioimisen sekä reflek-

tiivisen toiminnan yhteydessä (Boud ym. 1985; Boud ym. 1993; Schön 1987). Konstruktivistiseen oppimisnäkemykseen sisältyy myös oppimisen sosiaalisuuden ja vuorovaikutuksen merkityksen korostaminen (Tynjälä 1999b).

Näiden oppimisteoreettisten näkökulmien ja tutkimuksen tulosten perusteella voidaan arvella, että työpajateatteri, simuloitujen potilaat ja roolipeli tarjosivat opiskelijoille erilaisia osallistumisen mahdollisuuksia, jotka olivat samalla oppimisen mahdollisuuksia. Kaikissa ryhmissä olleet opiskelijat kuvasivat, että vuorovaikutusharjoitusten havainnointi ja analysointi edisti oppimista. Opiskelijat myös itsearvioivat oppineensa havainnointi- ja analysointitaitoja. Tätä kuvaan osallistumisen tasolla 1, jonka nimi on *vuorovaikutuksen havainnointi ja analysointi*.

Työpajateatteriryhmässä olleet opiskelijat kuvasivat, että keskustelu toisten kanssa vuorovaikutusharjoituksen aikana edisti oppimista ja laajensi omaa ajattelua. Simuloitujen potilaiden kanssa harjoitelleet opiskelijat kuvasivat, että harjoituksen pysäyttäminen ja neuvojen pyytäminen toisilta opiskelijoilta (kollegalle kilauttaminen) edisti oppimista. Monipuolisten palautekeskustelujen merkitystä omassa oppimisessaan korostivat sekä simuloitujen potilaiden kanssa että roolipelin avulla harjoitelleet opiskelijat. Sen sijaan työpajateatteriryhmässä olleet opiskelijat eivät tuoneet palautekeskustelujen merkitystä esiin omassa oppimisessaan. Reflektiivinen osallistuminen oli siis tulosten perusteella erilaista eri menetelmissä. Se jakaantui vuorovaikutusharjoitusten aikana tapahtuneisiin reflektiivisiin keskusteluihin ja vuorovaikutusharjoituksen jälkeen tapahtuneisiin palautekeskusteluihin. Tätä kuvaan osallistumisen tasolla 2, jonka nimi on *reflektiivinen osallistuminen*. Se jakaantuu tasoiksi 2a (reflektiivinen osallistuminen toiminnan aikana) ja 2b (reflektiivinen osallistuminen toiminnan jälkeen).

Tulokset osoittivat, että kokemukselliset oppimismenetelmät aktivoivat opiskelijoita harjoittelemaan vuorovaikutustaitoja. Opiskelijat myös itsearvioivat oppineensa vuorovaikutustaitoja opetuskokeilun aikana. Simuloitujen potilaiden kanssa sekä roolipelin avulla vuorovaikutustaitoja harjoitelleet opiskelijat olivat kaikki vuorollaan lääkärin roolissa, mutta työpajateatterissa lääkärin rooliin meneminen oli vapaaehtoista. Roolipelissä opiskelijoiden oli mahdollista asettua myös potilaan rooliin. Artikkelin I aineistossa opiskelijat pohtivat vapaaehtoisen osallistumisen problematiikkaa: osa koki, että lääkärin rooliin meneminen ja aktiivinen osallistuminen olivat oman oppimisen näkökulmasta merkittäviä kokemuksia, toiset puolestaan harmittelivat, etteivät uskaltaneet mennä lääkärin rooliin. Myös artikkelien II ja III

aineistoissa lääkärin roolissa oleminen ja erityisesti sitä kautta vuorovaikutusosaamisen oppiminen tuli esiin. Opiskelijoiden näkemysten mukaan lääkärin roolissa oleminen oli kokemus, joka valmensi heitä tulevaan työhön.

Tulokset osoittivat, että lääkärin roolissa oleminen ei kuitenkaan ollut opiskelijoille yksiselitteisesti myönteinen kokemus, vaan osalle se oli negatiivinen, liian jännittävä tai liian haasteellinen tehtävä. Lääkärin rooli oli kaikissa aineistoissa kuitenkin selkeästi oppimiseen yhdistyvä elementti. Siksi arvelen, että se on yksi näiden kokemuksellisten oppimismenetelmien erityispiirre, jonka kautta vuorovaikutusosaamisen oppiminen on mahdollista. Taso 3, *toiminta lääkärin ammattiroolissa*, kuvaa kaikissa menetelmissä mahdollisuutta lääkärin roolissa olemiseen sekä roolipelissä mahdollisuutta lääkärin ja potilaan roolissa olemiseen.

Kaikissa aineistoissa opiskelijat toivat esiin sekä myönteisiä että kielteisiä tunnereaktioita. Myönteiset tunnereaktiot, kuten turvallisuus, rentous ja hauskuus, edistivät opiskelijoiden näkemysten mukaan oppimista. Myös opettajien toiminta koettiin pääosin oppimista edistäväksi. Tunnereaktiot liittyivät vastauksissa useisiin eri teki-jöihin tai ne kuvasivat holistisesti sitä tunnereaktiota, jonka vuorovaikutusharjoitukset opiskelijoissa synnyttivät. Myös opettajien toimintaan liittyneet kuvaukset olivat yleisluontoisia lyhyitä kommentteja. Näistä syistä olen liittänyt tunnereaktiot ja opettajien toiminnan *turvalliseen oppimisilmapiiriin*, joka kuvaa ikään kuin yleisemmällä tasolla vuorovaikutusharjoitusten erityispiirrettä.

Teoreettisesti ajatellen edellä kuvatut osallistumisen mahdollisuudet voidaan hahmottaa tasoina, jolloin tasolta toiselle siirryttäessä osallistumisen määrä kasvaa. Tarkoitaa tällä sitä, että havainnoinnin ja analysoinnin aikana on mahdollista istua paikallaan ja hiljaa ”katsomossa”. Reflektiivisen osallistumisen aikana on keskusteltava toisten kanssa, jolloin osallistumisen määrä kasvaa. Lääkärin ammattiroolissa toimimisen aikana osallistumisen määrä on kaikkein suurin, koska silloin opiskelija siirtyy katsomosta ”näyttämölle”. Hän on vuorovaikutuksessa potilaan roolissa olevan henkilön kanssa sekä myös muiden opiskelijoiden kanssa, mikäli toiminta keskeytyy esimerkiksi kollegalle kilauttamisen vuoksi.

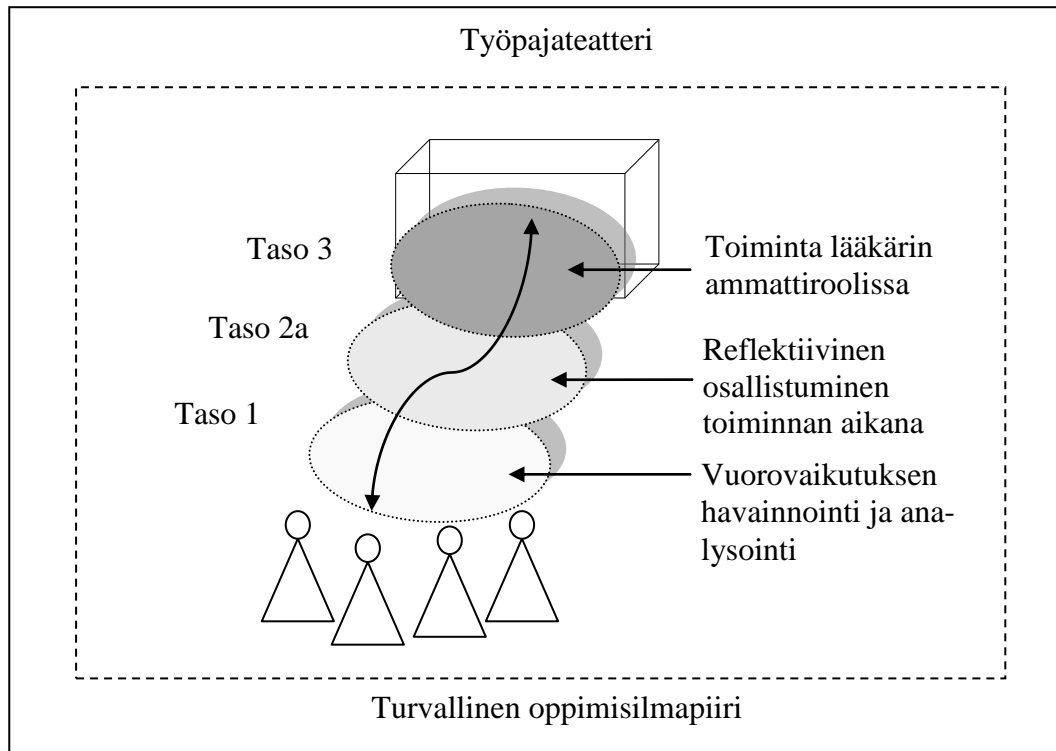
Osallistumisen tasoja ei tarvitse nähdä arvottavasti, ikään kuin toinen mahdollistaisi vuorovaikutusosaamisen oppimisen toista paremmin. Tasot kuvaavat pikemminkin osallistumisen laadullista muutosta ja sitä kautta avautuvaa mahdollisuutta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Kuvat 3, 4, ja 5 havainnollistavat eri menetelmien avulla tapahtuvaa vuorovaikutusosaamisen oppimistilannetta. Kuvien ylä-

reunoissa mainitaan oppimismenetelmän nimi ja jokaista kuvaa kehystää turvallinen oppimisilmapiiri. Kuvissa olevat ihmishahmot kuvaavat opiskelijoita ja opettajia. Kuvien yläreunoissa on laatikko, joka kuvaa ”näyttämöä”. Työpajateatterissa näyttämö oli selkeimmin läsnä, koska työpajateatteriin sisältyi näytelmän katsominen ja siihen reagointi. Simuloiduissa potilaissa ja roolipelissä näyttämö kuvaa vuorovaikutustilannetta, jossa lääketieteen opiskelija on lääkärin roolissa ja kohtaa potilaan lääkärin vastaanoton kaltaisessa tilassa. Muut opiskelijat havainnoivat vuorovaikutustilanteen kulkua, jolloin he ikään kuin katsovat näyttämön tapahtumia ”katso-mossa”. Kaikissa kuvissa esitetään osallistumisen tasot, jotka ovat kuvissa hieman erilaisia. Tasojen läpi kulkee kaksipäinen nuoli, joka kuvaa mahdollisuutta osallistua toimintaan ja toisaalta mahdollisuutta tulla sieltä pois. Vaikka oppimismenetelmien tarjoamat osallistumisen tasot esitetään kuvissa erillisinä tasoina, on todennäköistä että oppimisprosessissa ne limittyvät toisiinsa.

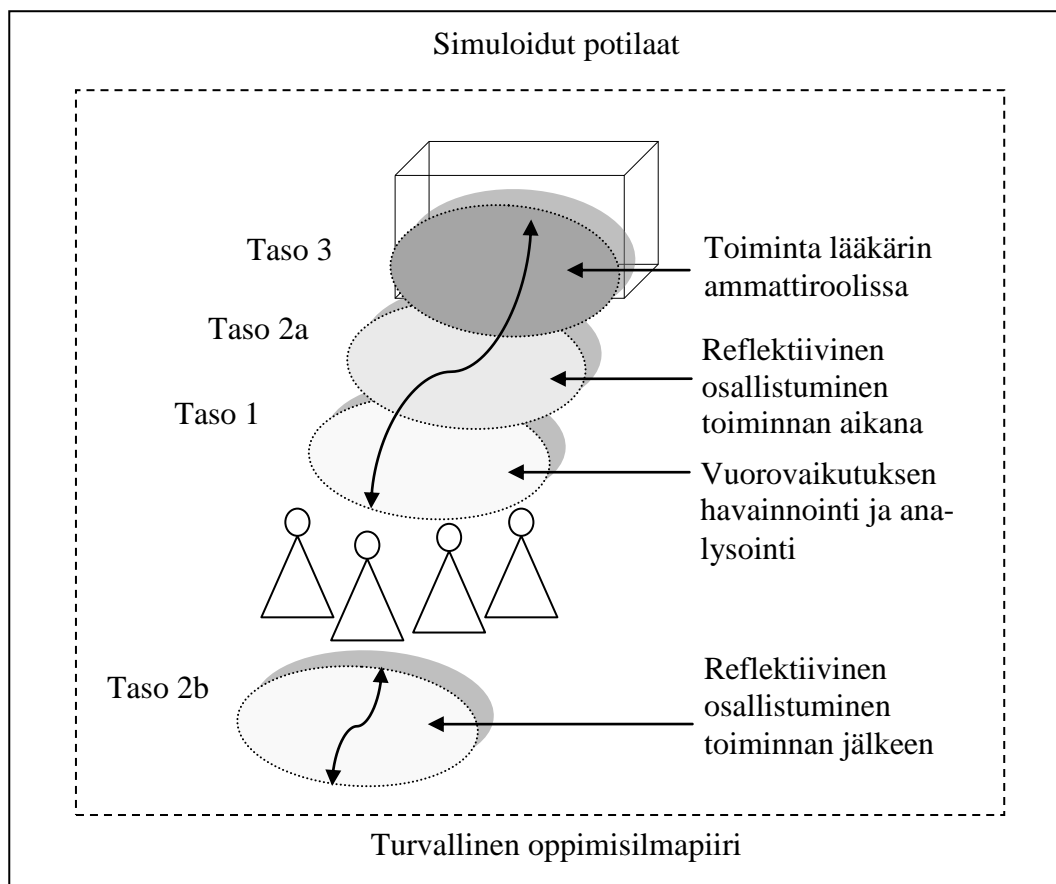
Kuvassa 3 (työpajateatteri) ihmishahmojen ja näyttämön väliin jää kolme osallistumisen tasoa. Kronologisessa järjestyksessä työpajateatterissa seuraa ensin mahdollisuus vuorovaikutuksen havainnointiin ja analysointiin (taso 1). Tämän jälkeen seuraa reflektiivisen osallistumisen mahdollisuus (taso 2a), joka tapahtui toiminnanaikaisen reflektoinnin muodossa. Lisäksi työpajateatteri mahdollisti vuorovaikutustaitojen harjoittelun ja toiminnan lääkärin ammattiroolissa (taso 3).

Kuvassa 4 (simuloidut potilaat) ihmishahmojen ja näyttämön väliin jää kolme osallistumisen tasoa. Lisäksi ihmishahmojen alapuolelle sijoittuu yksi taso. Simuloidut potilaat mahdollistivat vuorovaikutuksen havainnoinnin ja analysoinnin (taso 1). Simuloiduissa potilaissa tapahtui sekä toiminnanaikaista reflektointia (taso 2a), mikä tarkoitti kollegalle kilauttamista, että toiminnan jälkeistä reflektointia (taso 2b), mikä tarkoitti palautekeskustelua. Taso 2b on sijoitettu ihmishahmojen alapuolelle, koska palautekeskustelut tapahtuivat vuorovaikutusharjoituksen jälkeen. Menetelmä mahdollisti myös vuorovaikutustaitojen harjoittelun lääkärin ammattiroolissa (taso 3).

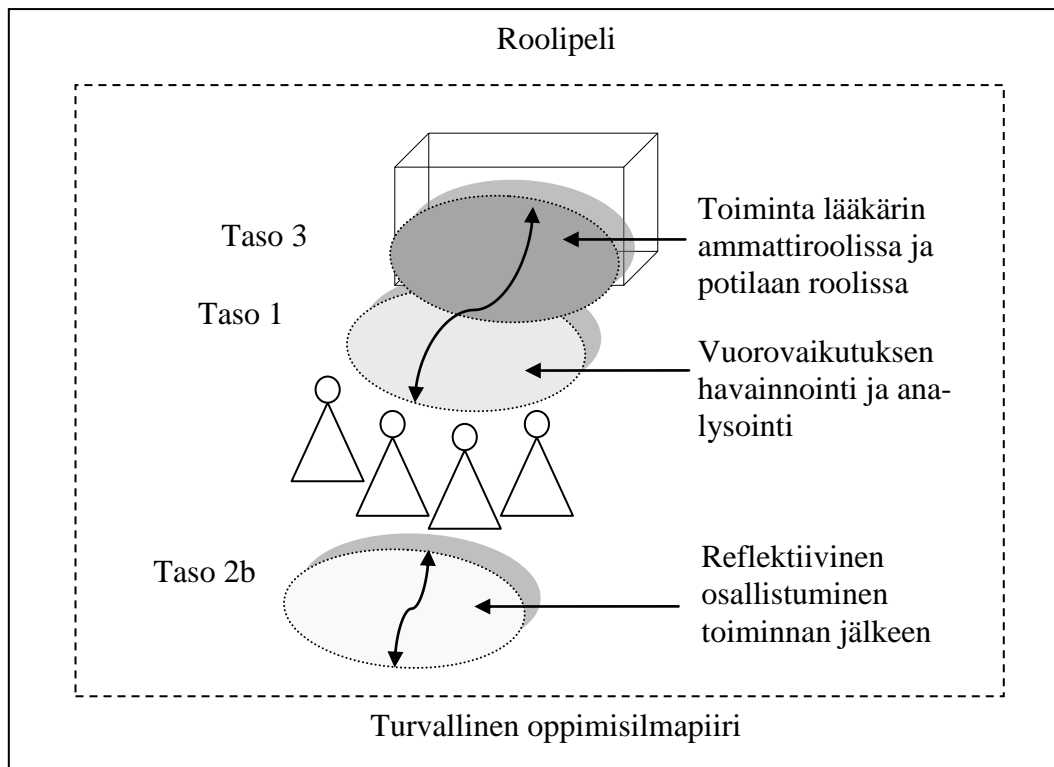
Kuvassa 5 (roolipeli) ihmishahmojen ja näyttämön väliin jää kaksi osallistumisen tasoa, joita ovat vuorovaikutuksen havainnointi ja analysointi (taso 1) sekä toiminta lääkärin ammattiroolissa ja potilaan roolissa (taso 3). Tulosten perusteella roolipelissä reflektiivinen osallistuminen tapahtui palautekeskustelujen muodossa vuorovaikutusharjoituksen jälkeen (taso 2b).



Kuva 3. Osallistumisen tasot työpajateatterissa



Kuva 4. Osallistumisen tasot simuloituissa potilaissa



Kuva 5. Osallistumisen tasot roolipelissä

7.2.2 Vuorovaikutusosaamisen oppiminen osallistumisen tasoilla

Ensimmäisellä osallistumisen tasolla (vuorovaikutuksen havainnointi ja analysointi) osallistujat tekivät havaintoja ja tulkintoja lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta sekä lääkärin toiminnasta kyseisessä vuorovaikutustilanteessa. Ensimmäinen osallistumisen taso oli samankaltainen kaikissa oppimismenetelmissä. Tulokset antoivat viitteitä siitä, että havainnointi ja analysointi aktivoivat opiskelijoita pohtimaan viestintäkäyttäytymistään ja toimintaansa vastaavassa vuorovaikutustilanteessa. Havainnoinnin ja analysoinnin avulla opiskelijat kokivat oppineensa tunnistamaan erilaisia tapoja olla vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa ja tehdä potilashaastatteluja, tunnistamaan verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän piirteitä ja arvioimaan lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen onnistumista.

Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että ensimmäisellä osallistumisen tasolla ei tapahdu vuorovaikutusta toisten oppijoiden kanssa, vaikka toiminta tapahtuu sosiaalisessa ryhmätilanteessa. Havainnot voisivat viitata siihen, että vuorovaikutusosaamisen oppiminen tapahtuu yksilön ajattelun pohjalta. Näiden havaintojen perusteella vuorovaikutusosaamisen oppimista ensimmäisellä osallistumisen tasolla voitaisiin

selittää kognitiivisen konstruktivismin näkökulmasta, koska se tarkastelee oppimista yksilön tiedon rakenteiden kehittymisenä. Kognitiivisen konstruktivismin näkökulmasta oppiminen on yksilön sisäisten mallien eli skeemojen muodostumista ja muuttumista (Tynjälä 1999b, 37–44; Tynjälä ym. 2005, 24–25; von Glasersfeld 1995). Tynjälä, Heikkinen ja Huttunen (2005, 24–25) kuvaavat, että skeemat ovat keskeisiä uuden oppimisessa, koska ne ohjaavat havaintojamme ja koska tulkitsemme niiden perusteella uutta informaatiota. Skeemat sisältävät myös tietoa siitä, kuinka tietystä vuorovaikutuskontekstissa on tarkoituksenmukaista toimia (Hargie 2006, 25). Vuorovaikutustilanteiden seuraamisen aikana opiskelijat mahdollisesti peilasivat tapahtumia aiempiin kokemuksiinsa ja käsityksiinsä lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta. Voi olla, että opiskelijat muodostivat havaintojensa perusteella uusia skeemoja tai muokkasivat jo olemassa olevia skeemojaan, sillä tulokset osoittivat, että osa opiskelijoista koki ajatustensa ja käsitystensä muuttuneen opetuskokeilun aikana.

Voidaan myös arvella, että opetuskokeilun alussa käsitelty puheviestintätietoon liittyneet asiat ja havainnoinnin apuna käytetyt palautekortit tietoisuuteen ovat auttaneet opiskelijoita tekemään havaintoja ja tulkintoja lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta sekä niistä tekijöistä, jotka ovat yhteydessä vuorovaikutuksen onnistumiseen. Tätä tulkintaa vahvistaisivat opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset, joissa osa heistä kuvaa oppineensa nimenomaan puheviestintään liittyvää tietoa, teoriapohjaa tai omaksuneensa tietynlaisen vastaanoton vuorovaikutuksen mallin tai toimintarungon sekä omaksuneensa erilaisia toimintavaihtoehtoja lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutustilanteessa.

Tulokset voisivat viitata siihen, että vuorovaikutustilanteiden havainnoinnin ja analysoinnin avulla on mahdollista oppia vuorovaikutusosaamista. Myös aiemmissa tutkimuksissa on arveltu, että vuorovaikutusosaamista voidaan oppia havainnoimalla ja arvioimalla toisten toimintaa, pyrkimällä havaitsemaan uusia periaatteita ja toimintatapoja sekä muodostamalla johtopäätöksiä havaituista asioista (Hargie 2006; Kostiainen 2003; Valkonen & Suomalainen 2000, 225). Hargien (2006a, 26) mukaan vuorovaikutusosaamisen kehittyessä viestijä kehittää kognitiivista kapasiteettiään, jonka avulla hän pystyy analysoimaan ja arvioimaan havaintoinformaatiota sekä tekemään päätöksiä toiminnastaan tämän tulkintaprosessin perusteella.

Toinen osallistumisen taso (reflektiivinen osallistuminen) kuvaa oppimismenetelmien tarjoamia mahdollisuuksia toiminnanaikaiseen ja toiminnan jälkeen tapah-

tuvaan reflektointiin. Työpajateatterissa näyttäisi tapahtuneen toiminnanaikaista reflektiota erityisesti sovelletun foorumiteatterin vaiheessa. Työpajateatterissa korostui ongelmalliseen vuorovaikutustilanteeseen puuttuminen, ryhmäkeskustelut, aktiivinen ajattelu sekä useiden erilaisten näkökulmien kuuleminen. Opiskelijat kokivat keskustelun, useiden näkökulmien esille tulemisen ja erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen testaamisen edistävän oppimista sekä laajentavan ajattelua.

Simuloitujen potilaiden ja roolipelin avulla harjoitelleet opiskelijat puolestaan kokivat monipuolisten palautekeskustelujen, palautteen antamisen ja vastaanottamisen sekä vuorovaikutuskäyttäytymisen itsearviointin edistäneen oppimista. Monipuolisuus ja moniäänisyys palautekeskusteluissa koettiin oppimisen näkökulmasta merkitykselliseksi. Toisaalta tulokset osoittivat, että simuloitujen potilaiden kanssa harjoitelleista opiskelijoista pieni osa kuvasi kilauttaneensa kollegalle, eli pysäyttäneensä vuorovaikutusharjoituksen ja kysyneensä neuvoa opiskelijatoverilta ongelmallisen tilanteen eteenpäin viemiseksi. Tämä viittaisi siihen, että kollegalle kilauttamisen avulla toiminnanaikainen ryhmässä tapahtuva reflektointi on mahdollista myös simuloitujen potilaiden avulla harjoiteltaessa (ks. Mönkkönen ym. 2007).

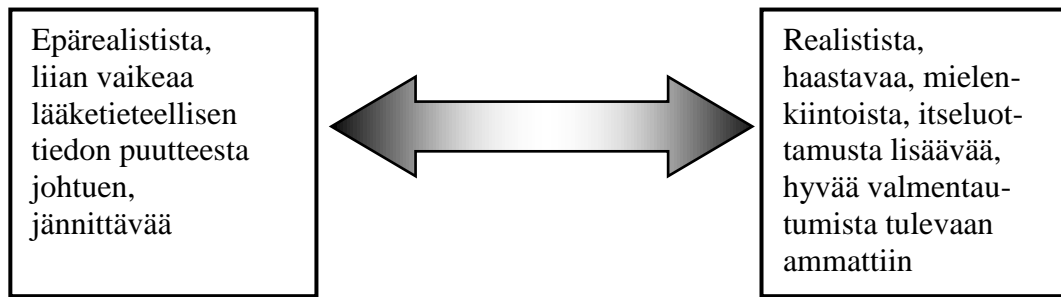
Schönin (1983, 1987) mukaan toiminnanaikainen reflektio perustuu toimijan omiin havaintoihin ja siihen voi vaikuttaa lähinnä toimija itse. Toiminnanaikainen reflektio on toiminnan tutkimista käytännön kontekstissa ja se liittyy yleensä ongelmalliseksi koettuun uuteen tilanteeseen, johon ei ole valmista ratkaisumallia. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella tätä ajatusta toiminnanaikaisesta reflektiosta voidaan laajentaa siten, että toiminnanaikainen reflektio voi tapahtua myös yhteisöllisesti. Työpajateatterissa ongelman pohdinta- ja ratkaisuvaihe oli mahdollista tehdä näkyväksi ja kuuluvaksi kollektiivisesti. Simuloiduissa potilaissa lääkärin roolissa olleella opiskelijalla oli mahdollisuus keskeyttää harjoitus ja keskustella erilaisista vaihtoehtoista vuorovaikutustilanteen eteenpäin viemiseksi. Tällöin opiskelija joutui sanallistamaan omaa reflektioprosessiaan ja sai siihen aineksia toisilta. Valmistuttuaan nuori lääkäri joutuu todennäköisesti keskeyttämään oman toimintansa uuden tai yllättävän tilanteen seurauksena ja kysymään neuvoa kollegalta. Tällöin työ keskeytyy, mutta jatkuu kollegiaalisen neuvottelun jälkeen. Voisi ajatella, että työpajateatterissa tapahtuva tilanteen pysäyttäminen ja keskusteleminen sekä simuloiduissa potilaissa tapahtuva kollegalle kilauttaminen valmentavat lääketieteen opiskelijoita reflektiiviseen toimintaan, kollegiaaliseen ongelmanratkaisuprosessiin sekä asiantuntijatyölle tyypilliseen ryhmätyöhön.

Toiminnanaikaisen reflektion korostuminen työpajateatterissa ja simuloiduissa potilaissa näyttäisi liittyvän fiktion rikkoutumiseen perustuvaan ohjaustapaan. Fiktion säilyttämiseen ja rikkoutumiseen liittyy niin sanottu neljännen seinän käsite (Jacobsen ym. 2006). Kuviteltu neljäs seinä erottaa teatterissa esiintyjät ja yleisön toisistaan ja sitä on hyödynnetty teatterin illuusion säilymisessä (Jacobsen ym. 2006). Augusto Boalin (1931–2009) luomassa foorumiteatterissa neljäs seinä rikkoutuu tarkoituksellisesti ja katsojia kannustetaan osallistumaan näyttämön toimintaan. Fiktion tietoinen rikkominen mahdollisti siis yhteisöllisen oppimisen keskustelemalla, kuulemalla erilaisia näkökulmia ja etsimällä yhdessä ratkaisuvaihtoehtoja ongelmalliseen vuorovaikutustilanteeseen.

Simuloitujen potilaiden ja roolipelin avulla opittaessa palautekeskustelut tukivat vuorovaikutusosaamisen oppimista. Hargien (2006a) ja Valon (1995b) mukaan vuorovaikutustaitojen oppimisessa ohjaavalla palautteella on suuri merkitys, koska se antaa oppijalle tietoa oman toiminnan kehittämiseksi. Palautteen saaminen on myös aiemmissa tutkimuksissa osoitettu tehokkaaksi tavaksi oppia vuorovaikutustaitoja (Berkhof ym. 2011; Maguire ym. 1978; Smith ym. 2007). Näyttäisi siltä, että kaikissa oppimismenetelmissä osallistumisen tasolla kaksi korostui oppimisen sosiaalisuus ja vuorovaikutteisuus. Nämä havainnot viittaavat siihen, että vuorovaikutusosaamisen oppiminen voisi tapahtua sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, ei vain yksilön ajattelun pohjalta (ks. Tynjälä ym. 2005, 27–32).

Kolmas osallistumisen taso, toiminta lääkärin ammattiroolissa, näyttäisi kuvaavan kaikissa oppimismenetelmissä mahdollisuutta vuorovaikutustaitojen harjoitteluun tulevassa ammattiroolissa. Tuloksista voidaan havaita, että lääkärin ammattiroolissa toimiminen oli opiskelijoille yhtä aikaa sekä myönteinen että kielteinen kokemus. Tämän vuoksi voidaan ajatella, että lääkärin ammattirooliin liittyi niin sanottu osallistumisen jännite, jota havainnollistetaan kuvassa 6.

Kuvassa 6 osallistumisen jännitteen toiseen osaan kytkeytyy lääkärin ammattiroolin haasteellisuus ja mielenkiintoisuus. Lääkärin ammattiroolissa oleminen koettiin kaikissa ryhmissä myönteisenä, mielenkiintoisena, haasteellisena ja itseluottamusta lisäävänä oppimiskokemuksena. Opiskelijat kokivat, että toiminta lääkärin ammattiroolissa valmensi heitä tulevaan lääkärin työhön. Lisäksi potilasroolit ja näytelmän käsikirjoitus koettiin realistisiksi. Kuvassa 6 osallistumisen jännitteen toiseen osaan kytkeytyy lääkärin ammattiroolin jännittävyys, harjoitustilanteen tai potilasroolien epärealistisuus sekä lääketieteellisen tiedon puute.



Kuva 6. Osallistumisen jännite lääkärin ammattiroolissa

Malisen (2000) sekä Boudin, Cohenin ja Walkerin (1993, 8–10) mukaan oppimistilanteessa saatu kokemus voi stimuloida oppimista, mikäli se koetaan henkilökohtaisesti merkitykselliseksi. Tämän tutkimuksen tulokset antavat syyn olettaa, että lääkärin ammattiroolissa toimiminen oli opiskelijoille mielekäs ja merkityksellinen kokemus, sillä opiskelijoiden mukaan vuorovaikutustaitojen harjoittelemisen tulevassa ammattiroolissa valmensi heitä tulevaan työhön. Tulokset viittaavat myös siihen, että toimimalla lääkärin ammattiroolissa on mahdollista oppia vuorovaikutustaitoja. Hargien (2006) mukaan täysin uusissa vuorovaikutustilanteissa voi olla vaikeaa toimia, mikäli toimijalle ei ole kehittynyt niihin liittyviä toimintamalleja. Esimerkiksi kokeneilla lääkäreillä on lukuisia työtilanteisiin liittyviä toimintamalleja, joiden avulla he pystyvät reagoimaan tilanteissa nopeasti ja itsevarmasti (Hargie 2006, 26). Tästä näkökulmasta riittävä vuorovaikutustaitojen harjoittelu on lääketieteen opiskelijoille tärkeää valmentautumista tulevaan työhön.

Tulosten mukaan harjoitustilanteen ja potilastapausten tai näytelmän käsikirjoitusten kokeminen realistisina edesauttoi lääkärin ammattiroolissa toimimista, mutta toisaalta niiden kokeminen epärealistisina vaikeutti lääkärin ammattiroolissa toimimista. Realistisuus auttoi opiskelijoita suhtautumaan vakavasti vuorovaikutustaitojen harjoitteluun, eläytymään fiktiiviseen tilanteeseen ja potilaan näkökulmaan. Realistisuus on myös aiempien tutkimusten mukaan edistänyt lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen harjoittelua roolipelin (Nestel & Tierney 2007) ja simuloitujen potilaiden avulla (Bondevik ym. 2006). Tulokset viittaavat siihen, että mikäli opiskelija kokee fiktion ja roolin riittävän todentuntuisena, hänen on mahdollista suhtautua simuloituun vuorovaikutusharjoitukseen vakavasti ja ajatella, että fiktio on totta. Tämä kuvastaa draamakasvatuksen filosofista ajatusta vakavasta leikkisyydestä, joka Heikkisen (2002, 124; 2003, 15) mukaan tarkoittaa, että tiettyjen so-

pimusten ja sääntöjen puitteissa ”leikitään” niitä asioita, joita tahdotaan, eli toisin sanoen draaman muoto on leikittelevä mutta tarkoitus vakava.

Fiktion todeksi kokeminen näyttäisi tulosten perusteella olevan yksilöllistä, sillä samaan vuorovaikutusharjoitukseen osallistuneiden opiskelijoiden näkemyksissä realismisuus sai erilaisia piirteitä. Tämä voi viitata siihen, että näkemys realismuksesta liittyy osallistujan taitoon kuvitella sosiaalisen todellisuuden lisäksi myös fiktiivisen todellisuuden olemassaolo. O’Toole (1992, 15) kuvaa fiktiivisen maailman ja roolien luomista sekä aktiivista katsojana olemista siten, että keskeistä on taito olla kahdessa eri kontekstissa yhtä aikaa ja draaman merkitys syntyy tästä kaksoiskohtaamisesta. Jos oppimistilanteessa luotu fiktio koetaan epärealistiseksi, ei esteettisen kahdentumisen mukaista fiktion ja sosiaalisen todellisuuden vertaamista pääse tapahtumaan. Opettajan olisi keskeistä varmistaa, että ryhmän kanssa käydään riittävän syvällinen merkitysneuvottelu, jotta kaikki voivat sitoutua ja uskoa yhteisesti luotuun fiktion.

Tulosten mukaan opiskelijat olivat erimielisiä työpajateatterin näytelmien realismisuudesta, koska osalla heistä oli kokemusta sairaalaosastolla työskentelystä, mutta osalla ei. Tulokset vahvistavat aiemmin tehtyjä tulkintoja siitä, että simuloidut harjoitukset toimivat niiden opiskelijoiden kohdalla, joilla on jo kokemusta työelämän toimintaympäristöistä, joihin he voivat peilata simulaation tapahtumia (Kostiainen 2003, 188). Toisaalta tulokset vahvistavat ajatusta siitä, että lääketieteen opintojen alkuvaiheeseen sijoittuvan vuorovaikutuskoulutuksen haasteena on lääketieteellisesti tarpeeksi helppojen mutta todentuntuisten potilastapausten suunnittelu (van Dalen ym. 2001).

Epärealistisuus liittyi opiskelijoiden näkemysten mukaan myös potilaan roolissa olleen henkilön ilmaisutapaan. Simuloituina potilaina olleet harrastajanäyttelijät osasivat opiskelijoiden näkemysten mukaan eläytyä rooliinsa ammattitaitoisesti ja he myös näyttivät ulkoisesti potilastapauksessa kuvatulta henkilöltä. Sen sijaan roolipelissä opiskelijatoveria oli vaikea kuvitella ”oikeaksi potilaaksi”. On ymmärrettävää, että harrastajanäyttelijät pystyivät eläytymään uskottavammin potilaan rooliin kuin opiskelijatoverit, sillä harrastajanäyttelijät omaavat roolihenkilön rakentamisen taitoja (ks. Cohen 1986). Roolipeli oli siis tästä näkökulmasta osallistujille haasteellisin oppimismenetelmä, koska roolipelissä opiskelijoiden tuli eläytyä potilaan elämäntilanteeseen ja sairaushistoriaan sekä mahdollisesti kuvitella olevansa erikoinen ja erinäköinen kuin itse on ja ilmaista se toisille uskottavasti. Toisaalta osa

opiskelijoista ajatteli, että potilaan rooliin eläytyminen oli arvokas kokemus, koska se auttoi ymmärtämään potilaan näkökulmaa.

Tulosten mukaan lääketieteellisen tiedon puute vaikeutti lääkärin ammattiroolissa toimimista, vaikka potilastapaukset oli sovitettu opiskelijoiden tietotasoon sopiviksi. Myös farmaseuttiopiskelijoiden alakohtaista vuorovaikutuskoulutusta tarkastelleessa tutkimuksessa todettiin, että farmasian opiskelijat kokivat farmaseuttisen tiedon puutteen vaikeuttavan asiakasneuvontatilanteessa toimimista ja asiakasneuvonnan oppimista, vaikka asiakastapausten vaatimustaso oli laadittu opiskelijoiden tietotasoon sopivaksi (Hyvärinen 2011, 80). Voidaan siis arvela, että ammatillisella tiedolla on keskeinen merkitys alakohtaisessa vuorovaikutuskoulutuksessa.

Lääkärin rooliin liittyi myös jännittäminen. Kaikkein jännittävimmäksi oppimismenetelmäksi koettiin simuloitua potilaat, mutta jännittämisen kokeminen oli tulosten mukaan yksilöllistä: toiselle lääkärin roolissa oleminen oli haasteellinen ja miellyttävä tehtävä, toiselle epävarmuutta ja jännittämistä aiheuttava tehtävä. Tulos tukee aiemmin tehtyjä havaintoja siitä, että jännittäminen opiskelun vuorovaikutustilanteissa voi olla monenlaista (Almonkari 2007). Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että jännittäminen liittyy kokemuksellisiin oppimismenetelmiin ja vuorovaikutustaitojen harjoitteluun. Iso-Britanniassa ensimmäisen vuoden yliopisto-opiskelijat (N = 395) kokivat roolipelin vähiten miellyttäväksi oppimismenetelmäksi, sillä se aiheutti jännittämisen tunteita (Sander ym. 2000). Tutkimus suomalaisten yliopisto-opiskelijoiden (N = 1323) opiskelutilanteisiin liittyvästä sosiaalisesta jännittämisestä osoitti, että vuorovaikutustaitojen harjoittelu oli opiskelutilanne, jossa opiskelijat kokivat jännittävänsä eniten (Almonkari 2007).

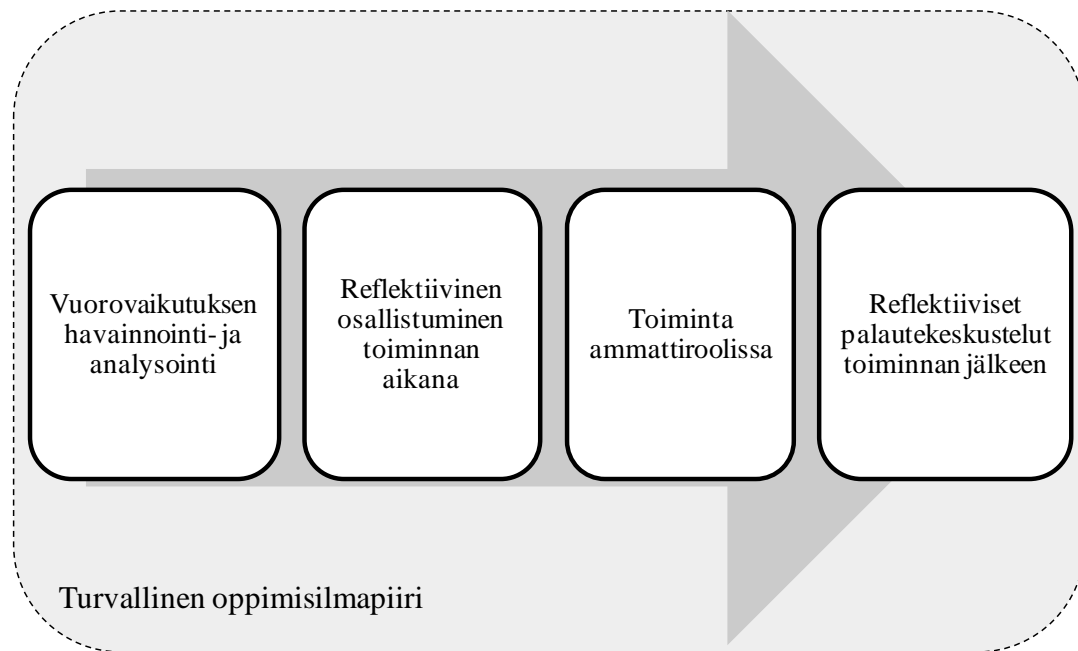
Tulokset osoittivat, että jännittäminen oli yhteydessä myös katseiden kohteena olemiseen, opiskelijan itsensä asettamiin onnistumisen odotuksiin sekä siihen, että vuorovaikutustaitojen harjoitustilanne oli uusi. Almonkarin (2007, 12–13) mukaan sosiaaliseen jännittämiseen liittyy usein voimakas täydellisyyden tavoittelu, jolloin ihminen vaatii itseltään kohtuuttoman paljon ja arvioi myös muiden ajattelevan samoin. Sosiaalinen jännittäminen on yleisintä uusissa tai arviointia sisältävissä tilanteissa, tärkeäksi koetun henkilön läsnä ollessa sekä virallisissa esiintymistilanteissa (Almonkari 2007, 14). Siksi on ymmärrettävää, että uusi harjoitustilanne, jossa ollaan toisten katseiden kohteena opiskelijatovereiden ja opettajan läsnä ollessa ja kiinnitetään huomio opiskelijan vuorovaikutustaitoihin, koetaan jännittäväksi.

Kolmen osallistumisen tason lisäksi tulosten perusteella voidaan päätellä, että turvallisen oppimisilmapiirin luominen on keskeistä kokemuksellisilla oppimismenetelmillä opiskeltaessa. Tulokset osoittivat, että opettajien kokeminen aktiivisina, motivoituneina, kannustavina, empaattisina ja alansa asiantuntijoina oli yhteydessä myönteisiin näkemyksiin opettajien toiminnasta. Tämä viittaa siihen, että opettajien tarjoama tuki on keskeistä kokemuksellisilla oppimismenetelmillä opiskeltaessa. Opiskelijoiden kielteiset näkemykset opettajien toiminnasta olivat yhteydessä opettajien toimintaan ohjaustilanteessa. Tämä havainto tukee ajatusta siitä, että eri alojen opettajat tarvitsevat koulutusta vuorovaikutustaitojen oppimisen ohjaamiseen (Kurtz ym. 2005; van Dalen ym. 2001). Puheviestinnän opettaminen edellyttää puheviestinnän oppisisältöjen, teorioiden, oppimismenetelmien ja arviointitapojen hallintaa, taitoa antaa palautetta opiskelijoille ja ohjata heitä vuorovaikutusosaamisen oppimisprosessissa sekä erityistaitoja esimerkiksi runsaasti jännittävien opiskelijoiden kohtaamisessa. Tulokset kuitenkin rohkaisevat jatkamaan ja kehittämään eri alojen opettajien yhteistyötä, mikä edellyttää eri alojen asiantuntijoiden yhteistyöhalukkuutta, riittäviä resursseja sekä vuorovaikutusopetuksessa mukana olevien opettajien riittävää kouluttautumista vuorovaikutustaitojen oppimisen ohjaamiseen.

Tulokset viittaavat siihen, että myönteiset tunnereaktiot liittyivät useisiin eri tekijöihin, kuten oppimismenetelmiin itseensä, menetelmien erityispiirteisiin ja ryhmän oppimisilmapiirin kuvauksiin. Tuloksista voidaankin päätellä, että tunnereaktioiden syntymiseen vaikutti todennäköisesti useat oppimistilanteeseen ja oppijaan itseensä liittyvät tekijät. Tunteet vaikuttavat oppimiseen ja ne mahdollistavat tai yhtä hyvin ehkäisevät oppimista (Boud ym. 1993, 15). Hyvät oppimiskokemukset liitetään yleensä myönteisiin tunteisiin sekä turvalliseksi ja hyväksi koettuun oppimisilmapiiriin (Pekrun ym. 2002). Tulokset vahvistavat ajatusta siitä, että kokemuksellisilla oppimismenetelmillä opiskeltaessa opettajien on kiinnitettävä erityistä huomiota turvallisen oppimisilmapiirin luomiseen.

Kuvaan 7 on tiivistetty kokemuksellisilla oppimismenetelmillä tapahtuvaa vuorovaikutusosaamisen oppimisprosessia kuvaava malli. Oppimisprosessin ensimmäisessä vaiheessa on mahdollisuus vuorovaikutuksen havainnointiin ja analysointiin, mikä tulosten perusteella näyttäisi olevan pääosin yksilöllinen prosessi. Tämän jälkeen oppimismenetelmästä riippuen on mahdollisuus reflektiiviseen osallistumiseen toiminnan aikana, mikä näyttäisi olevan yhteisöllinen prosessi. Kolmannessa vaiheessa on mahdollista harjoitella vuorovaikutustaitoja toimimalla ammattiroolissa.

Viimeisenä vaiheena vuorovaikutusosaamisen oppimisprosessissa korostuu reflektiivisten palautekeskustelujen merkitys. Tulokset antoivat viitteitä siitä, että palautekeskusteluissa korostuivat sekä itsearviointi eli yksilöllinen näkökulma että useiden näkökulmien kuuleminen eli yhteisöllinen näkökulma. Vuorovaikutusosaamisen oppimista kokemuksellisten oppimismenetelmien avulla voidaankin luonnehtia yksilölliseksi ja yhteisölliseksi prosessiksi, joka näyttäisi olevan yhtä aikaa sekä toiminnallinen että reflektiivinen.



Kuva 7. Kokemuksellisilla oppimismenetelmillä tapahtuvaa vuorovaikutusosaamisen oppimisprosessia kuvaava malli

7.2.3 Kokemuksellisten oppimismenetelmien kehittäminen

Mikään tutkimuksessa mukana olleista kolmesta oppimismenetelmästä ei ole staattinen, vaan niitä pystytään kehittämään ja muokkaamaan edelleen. Mikäli työpajateratteria, simuloituja potilaita tai roolipeliä käytetään muiden asiantuntija-alojen vuorovaikutuskoulutuksessa, on ensin huomioitava kyseisen ammatin tai asiantuntija-alan alakohtaiset erityispiirteet. Tutkimuksen kohteena olleita kokemuksellisia oppimismenetelmiä voitaisiin soveltaa terveystieteiden alalla, sosiaali- ja terveysalalla, opetus- ja kasvatustieteiden alalla sekä erilaisiin asiakaspalveluammatteihin koulutettaessa. Tällöin potilas- tai asiakastapausten laatimisessa voitaisiin hyödyntää kunkin asiantuntija- tai ammattialan aitoja tapauksia.

Tulokset osoittivat, että potilastapausten ja näytelmän käsikirjoitusten realismisuus edisti oppimista ja toisaalta epärealistisuus koettiin oppimista heikentävänä tekijänä. Jatkossa tulisikin kiinnittää erityistä huomiota potilastapausten realismisuuteen. Realistisuutta voitaisiin lisätä suunnittelemalla potilas- tai asiakastapaukset yhteistyössä erikoisalan opettajien kanssa ja ottamalla huomioon osallistujien omat kokemukset.

Tulokset osoittivat, että lääketieteellisen tiedon puute vaikeutti lääkärin ammattiroolissa toimimista. Koska alakohtaisessa vuorovaikutuskoulutuksessa ammatillisella tiedolla on keskeinen merkitys, voitaisiin jatkossa antaa opiskelijoille etukäteen perehdyttäväksi potilas- tai asiakastapausten teemoihin liittyvät tietoiskut.

Koska tulokset osoittivat, että jännittäminen liittyi kaikkiin tutkimuksen kohteena olleisiin oppimismenetelmiin, voitaisiin jatkossa kiinnittää enemmän huomiota sosiaalisen jännittämisen ilmiön käsittelyyn. Tulosten perusteella voidaan ehdottaa, että vuorovaikutusharjoituksiin liittyvää jännittämistä voidaan helpottaa vuorovaikutuskoulutuksen menetelmävalinnoilla ja niiden järjestyksellä. Koska roolipeli ja työpajateatteri herättivät vähemmän jännittämisen tunteita kuin simuloidut potilaat, voidaan vuorovaikutuskoulutuksen alussa käyttää työpajateatteria tai roolipeliä ja edetä vasta sen jälkeen vuorovaikutustaitojen harjoitteluun simuloitujen potilaiden kanssa.

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että erityisesti työpajateatteri stimuloi opiskelijoita pohtimaan potilaskeskeisyyttä, mikä saattoi johtua siitä, että työpajateatterissa potilaan elämäntilannetta käsiteltiin monipuolisesti draamakasvatuksen työtapoilla. Jatkossa draamakasvatuksen työtapoja voitaisiin yhdistää myös simuloituihin potilaisiin ja roolipeliin, jolloin potilaan tai asiakkaan tilannetta ja näkökulmia voitaisiin käsitellä syvällisemmin koko ryhmän kanssa.

Tulokset osoittivat, että työpajateatterissa ja simuloiduissa potilaissa tapahtui toiminnanaikaista reflektiota. Tässä tutkimuksessa esitettiin pedagoginen toimintamalli (”kollegalle kilauttaminen”), jolla toiminnanaikainen reflektio olisi ollut mahdollinen myös roolipelissä. Tulokset osoittivat, että vuorovaikutusosaamisen oppimisen näkökulmasta toiminnanaikainen reflektio stimuloi ryhmässä tapahtuvaa oppimista kuulemalla erilaisia näkökulmia ja ehdottamalla useita erilaisia toimintavaihtoehtoja ongelmalliseen vuorovaikutustilanteeseen. Sen vuoksi toiminnanaikainen reflektio voitaisiin yhdistää tietoisemmin myös roolipeliin.

Tulokset antoivat viitteitä siitä, että roolipeli oli osallistujille haasteellisin oppimismenetelmä roolihenkilön rakentamisen näkökulmasta. Siksi roolipeliä käytettäessä opiskelijoita tulisi ohjata roolihenkilön rakentamisessa ja heille tulisi antaa riit-

tävästi valmistautumisaikaa ennen roolipeliä. Lisäksi voidaan pohtia, onko erinäköisten ja eri-ikäisten potilas- tai asiakastapausten käyttäminen tarkoituksenmukaista roolipelissä, vai voitaisiinko roolipelissä hyödyntää tapauksia, jotka ovat lähellä osallistujien todellista ikää, ulkonäköä ja sukupuolta.

Työpajateatterin, simuloitujen potilaiden ja roolipelin käyttöön liittyvät pedagogiset mahdollisuudet ja haasteet esitetään tiivistetysti liitteessä 7. Tutkimuksen tulosten perusteella esitän seuraavat pedagogiset ideat kyseessä olevien kokemuksellisten oppimismenetelmien kehittämiseksi.

- Potilas- tai asiakastapausten realistisuutta voitaisiin lisätä suunnittelemalla ne yhteistyössä erikoisalan opiskelijoiden ja opettajien kanssa, ottamalla huomioon osallistujien omat potilaskokemukset sekä käyttämällä roolipelissä sellaisia potilas- tai asiakastapauksia, jotka ovat mahdollisimman lähellä opiskelijoiden ikää ja sukupuolta.
- Harjoitusten onnistumiseksi opiskelijoille voitaisiin antaa etukäteen perehdyttäväksi potilas- tai asiakastapausten teemoihin liittyvät tietoisut.
- Jännityksen lieventämiseksi vuorovaikutuskoulutuksen alussa voitaisiin käyttää työpajateatteria tai roolipeliä ja edetä vasta sen jälkeen harjoitteluun simuloitujen potilaiden kanssa.
- Roolipeliin ja simuloituihin potilaisiin voitaisiin yhdistää draamakasvatuksen työtapoja, joiden avulla potilaan tai asiakkaan elämäntilannetta, mahdollista sairaushistoriaa sekä asiantuntijan ja potilaan tai asiakkaan välistä viestintäsuhdetta voitaisiin käsitellä laajemmin.
- Toiminnanaikainen reflektio voitaisiin liittää tietoisesti myös roolipeliin.
- Roolipelin onnistumiseksi opiskelijoita voitaisiin ohjata ja neuvoa roolihenkilön rakentamisessa.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa voidaan ottaa huomioon määrällisen, laadullisen ja monimenetelmäisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerejä. Jokaisen osatutkimuksen luotettavuutta on tarkasteltu kunkin artikkelin yhteydessä, joten tässä tarkastellaan ainoastaan keskeisimpiä luotettavuuteen vaikuttaneita tekijöitä. Creswellin ja Plano Clarkin (2011, 266–270) mukaan monimenetelmäisen tutki-

muksen luotettavuutta tarkasteltaessa tulee huomioida, onko määrällisiä ja laadullisia menetelmiä käytetty perustellulla ja asianmukaisella tavalla. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta keskeistä on tutkimusprosessin, tutkimusmenetelmien ja analyysitapojen kuvaaminen ja perusteleminen. Lisäksi tulee tarkastella, onko eri menetelmien yhdistäminen tehty perustellusti ja onko niillä saavutettu parempi ymmärrys tutkimuskohteesta kuin vain yhtä menetelmää käyttämällä.

Tutkimuksessa rakennettiin vertaileva tutkimusasetelma, joka mahdollisti hyvin opiskelijoiden kokemuksellisiin oppimismenetelmiin liittyvien näkemysten laadullisen kuvaamisen ja vertaamisen. Vertailevaa tutkimusasetelmaa voidaan kuitenkin kritisoida, sillä kontrolliryhmän puuttuminen ja ennen ja jälkeen tai pelkästään koulutuksen jälkeen tapahtunut aineiston kerääminen tarkoittaa, että asenteissa tapahtunut muutos tai itsearvioidut oppimistulokset ovat voineet johtua myös mistä tahansa muusta tekijästä kuin vuorovaikutuskoulutuksesta (ks. Isotalus 2000; Rees & Sheard 2003). Koulutuksen vaikuttavuuden luotettavampaa osoittamista varten olisi voitu järjestää satunnaistettu kontrolloitu koe, jossa olisi määritelty koe- ja kontrolliryhmät ja jaettu osallistujat satunnaisesti näihin ryhmiin (Berkhof ym. 2011; Cohen ym. 2000; Smith ym. 2007). Tutkimuksen alkuvaiheessa koeasetelman rakentaminen oli kuitenkin mahdotonta, sillä kaikkien lääketieteen opiskelijoiden tuli suorittaa puheviestinnän opinnot voidakseen jatkaa opintojaan tavoiteaikataulussa. Näin ollen mitään opiskelijajoukkoa ei voitu asettaa kontrolliryhmän asemaan. Kyseessä oli uusi puheviestinnän opintojakso, minkä vuoksi millekään ryhmälle ei voitu opettaa puheviestintää jollain tyypillisellä aiemmalla opetustavalla, sillä sellaista ei ollut.

Määrällisiä tutkimusmenetelmiä tässä tutkimuksessa olivat vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittari ja kyselylomakkeen Likert-asteikolliset kysymykset. Asennemittarin sisäinen yhteneväisyys (reliabiliteetti) osoittautui hyväksi, sillä summa-
muuttujien PAS ja NAS Cronbachin alpha-arvot olivat yli 0.7 kaikilla mittauskerroilla. Reliabiliteettia tarkasteltiin sisäisen yhteneväisyyden eli konsistenssin näkökulmasta, ei stabiliteetin eli ajassa pysyvyyden näkökulmasta, koska mittarilla haluttiin tutkia muutosta ajassa. Pääkomponenttianalyysin tulokset tukivat aiemmin esitettyä jakoa positiivisiin ja negatiivisiin asenteisiin (Rees, Sheard & Davies 2002), mikä vahvistaa mittarin käsitevaliditeettia.

Haasteellista asennemittarilla saatujen tulosten analysoinnissa oli se, ettei mittari itsessään sitoudu tiettyyn asenteen määritelmään tai asenteiden muutosta selittävään teoriaan. Sen vuoksi sillä saadut tulokset eivät selity tietyn teorian kautta. Mittarilla

saadut tulokset kertovat kuitenkin lääketieteen opiskelijoiden asennoitumisen yleisestä suunnasta (positiivinen tai negatiivinen) ja mittarin vahvuutena voidaan nähdä se, että se on suunnattu nimenomaan lääketieteen opiskelijoille. Koska tutkimuksessa on tavoitettu lähes koko lääketieteen toisen vuosikurssin joukko, voidaan puhua kokonaistutkimuksesta, jolloin asennemittarilla saadut tulokset ovat yleistettävissä tähän joukkoon (Metsämuuronen 2003). Tulokset antavat mahdollisesti myös suuntaa suomalaisten lääketieteen opiskelijoiden asennoitumisesta vuorovaikutustaitojen oppimiseen, mutta tulosten luotettavampaa yleistettävyyttä varten lääketieteen opiskelijoiden asenteita tulisi tutkia laajemmilla otoksilla. Asennemittarilla saatujen tulosten tarkastelussa on syytä olla varovainen, sillä vaikka koko joukko oli suhteellisen suuri, olivat ryhmien vastaajamäärät pieniä.

Likert-asteikollisten kysymysten tarkoitus tässä tutkimuksessa oli kuvata näkemysten yleisyyttä koko joukossa. Tähän tarkoitukseen Likert-asteikolliset kysymykset soveltuivat hyvin. Kyselylomakkeen vastausprosentit olivat hyvät jokaisessa ryhmässä, mikä tukee kyselylomakkeella saatujen vastausten luotettavuutta.

Laadullisen tutkimusotteen painottaminen tässä tutkimuksessa oli perusteltua, sillä erilaisia kokemuksellisia oppimismenetelmiä ei ole aiemmin runsaasti vertailtu (Aspegren 1999; Lane & Rollnick 2007; Rees, Sheard & McPherson 2004). Koska tämä tutkimus on tapaustutkimus, ei tavoitteena ole tutkimustulosten yleistettävyyssamassa mielessä kuin määrällisessä tutkimuksessa. Staken (1994, 236) mukaan tapaustutkimuksen tavoitteena on pyrkiä ymmärtämään ja oppimaan yhdestä tapauksesta, jolloin tutkimuksessa korostuu aineiston rikkaus, tutkijan taito tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä keräämänsä aineiston perusteella sekä taito raportoida tulkintaprosessi ja sen kautta syntyneet tulokset ja johtopäätökset. Auttaakseni lukijaa oppimaan tästä tapauksesta, pyrin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja uskottavasti tutkimuksen kohteen, tutkimusmenetelmien käytön, aineiston analyysiprosessin sekä tulosten ja johtopäätösten tulkintaprosessin.

Tutkimuksen laadullisen osan luotettavuutta (validity) voidaan pohtia arvioimalla, ovatko tutkijan tuottamat merkitykset tarkkoja (accurate), uskottavia (credible) ja yhtäpitäviä (reliable) (Creswell & Plano Clark 2011, 211). Tarkkuutta pyrin lisäämään kuvaamalla analyysiprosessin ja tulokset mahdollisimman rikkaasti ja tiheästi. Sisällytin artikkeleihin paljon aineistolainauksia, jolloin lukijan on mahdollista vertailla, vastaavatko tutkijan tuottamat rekonstruktiot tutkittavien todellisuudesta heidän alkuperäisiä konstruktioitaan (Tuomi & Sarajärvi 2002, 136) ja ovatko ne uskot-

tavia. Toin tuloksissa esiin eri teemoihin liittyneitä myönteisiä ja kielteisiä näkemyksiä, mikä kertoo näkemysten monimuotoisuudesta. Lisäksi hyödynsin triangulaatiota tuottaakseni uskottavan pohjan aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla syntyneille teemoille (Creswell 2009). Laadullisen aineiston sisällönanalyysin luotettavuutta (reliability) vahvistettiin rinnakkaiskoodaamalla 50 % opiskelijoiden näkemyksiin liittyneen kyselylomakeaineiston avointen kysymysten vastauksista. Rinnakkaiskoodauksen yksimielisyys vaihteli 93–96 % välillä, jotka ovat luotettavuuden kannalta hyviä tuloksia (Miles & Huberman 1994).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (trustworthiness) voidaan tarkastella myös tulosten siirrettävyyden (transferability) näkökulmasta (Teddlie & Tashakkori 2009, 296). Tulosten siirrettävyyteen vaikuttaa se, kuinka samankaltainen tutkittu ympäristö ja sovellusympäristö ovat (Tuomi & Sarajärvi 2002, 136). Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää muissa alakohtaisen vuorovaikutuskoulutuksen tutkimuksissa sekä vuorovaikutuskoulutuksen toteuttamisessa terveystieteiden alalla, sosiaali- ja terveysalalla, opetus- ja kasvatusalalla sekä erilaisiin asiakaspalveluammatteihin koulutettaessa.

Laadullisen tutkimuksen vahvistettavuutta (confirmability) voidaan arvioida tarkastelemalla, kuinka tutkimustulokset yhdistetään aiempaan teoriaan ja tutkimustuloksiin (Tuomi & Sarajärvi 2002). Olen pyrkinyt tarkastelemaan tuloksia suhteessa tiedossani olevien aiempien tutkimusten tuloksiin. Lisäksi olen linkittänyt tulosten perusteella tekemäni johtopäätökset aiempaan tutkimuskirjallisuuteen sekä vuorovaikutusosaamisen oppimiseen liittyvään teoreettiseen ymmärrykseen.

Laadullisen tutkimuksen yhteydessä on tärkeää pohtia myös tutkijan roolia ja sen vaikutusta tutkimusprosessiin, tuloksiin ja johtopäätöksiin. Toimin tässä tutkimuksessa sekä opettajana että tutkijana. Kaksoisroolini on saattanut vaikuttaa aineiston keräämiseen ja aineiston analysoinnin luotettavuuteen. Minulla on kaksoisroolini vuoksi voinut olla ennakkokäsityksiä oppimismenetelmien toimivuudesta. Toisaalta kokemukseni tutkittavista ja heidän elämismaailmastaan on saattanut lisätä tulosten täsmällisyyttä ja pätevyyttä (Creswell 2009, 192). Olen pyrkinyt kaikissa tutkimuksen vaiheissa eroon arvo-asetelmista, jotka ohjaisivat aineistonkeruuta, analyysiprosessia, tulosten tulkintaa tai johtopäätösten esittämistä. Tiedostaakseni ennakkokäsitykseni olen reflektoinut niitä ennen aineiston keräämistä ja pitänyt tutkimuspäiväkirjaa tutkimusprosessin ajan. Kaksoisroolini vuoksi pyrin vahvistamaan tulosten uskottavuutta useiden eri menetelmien käytöllä sekä rinnakkaiskoodauksen avulla,

joka on kuvattu edellä. Analyysivaiheessa pyrin tietoisesti erittelemään sekä myönteisiä että kielteisiä näkemyksiä oppimismenetelmistä. Kielteiset näkemykset oppimismenetelmistä olivat sisällöltään lyhyitä toteamuksia, eikä niissä erikseen eritelty tai perusteltu, miksi menetelmien koettiin soveltuvan huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Siksi pyrin tarkkuuteen oppimismenetelmien erityispiirteiden analysoinnissa sekä sellaisten piirteiden esille tuomisessa, jotka opiskelijoiden näkemysten mukaan heikensivät oppimista. Määrällisten aineistojen osalta tekemäni analyysit on aina tarkastanut myös tilastotieteen asiantuntija. Kaikki osajulkaisut ovat käyneet läpi vertaisarviointimenettelyn.

Tässä monimenetelmäisessä tapaustutkimuksessa menetelmiä yhdistettiin useilla eri tavoilla. Artikkeleissa I ja II kyselylomakkeella saatuja tuloksia täsmennettiin, vahvistettiin ja monipuolistettiin täsmäryhmähaastattelujen avulla. Kahden eri tutkimusmenetelmän käytöllä pyrittiin saamaan tutkimuskohteesta kokonaisempi kuva ja parempi ymmärrys sekä parantamaan tulosten luotettavuutta (Johnson ym. 2007). Analyysiprosessin tuloksena todettiin, että kyselylomakkeella ja täsmäryhmähaastatteluilla saadut tulokset vahvistivat toisiaan.

Yhteenveto-osassa yhdistettiin artikkeleissa III ja IV saadut tulokset. Puheviestinnän opetuskokeilun vaikuttavuutta haluttiin tarkastella kahdella erilaisella tutkimusmenetelmällä, koska koulutuksen vaikutusten monipuolinen tutkiminen luo parempia edellytyksiä oppimisprosessin ja koulutuksen kehittämiseksi (Rauste-von Wright ym. 2003, 187). Kahdella eri menetelmällä saatuja tuloksia verrattiin opetukselle asetettuihin tavoitteisiin, jolloin koulutuksen vaikuttavuutta tarkasteltiin sekä oppimistulosten että koulutukselle asetettujen tavoitteiden toteutumisen näkökulmista. Lisäksi tässä yhteenveto-osassa yhdistettiin kaikkien osatutkimusten tulokset ja pyrittiin siten luomaan syvempää ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Menetelmien yhdistäminen on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi, jotta lukija voisi arvioida menetelmien yhdistämisen tarkoituksenmukaisuutta ja onnistumista.

Tutkimuseettiset näkökulmat huomioitiin tässä tutkimuksessa useilla eri tavoilla. Tutkimuslupa varmistettiin yliopiston lakimieheltä. Lääketieteen opiskelijoille kuvattiin luentotilaisuudessa, kyselylomakkeissa ja täsmäryhmähaastattelujen alussa tutkimuksen aihe, aineiston käyttötarkoitus, vastausten käsittelyn luottamuksellisuus ja anonymiteetti sekä osallistumisen vapaaehtoisuus. Opiskelijoilta kysyttiin henkilökohtaisesti tutkimuslupa aineistonkeruun kaikissa vaiheissa kirjallisesti ja suullisesti. Vapaaehtoisesta vastaamisesta sekä rohkeudesta kieltäytyä osallistumasta tut-

kimukseen kertoo se, että neljä (3 %) kyselylomakkeisiin vastanneista opiskelijoista kieltäytyi antamasta tutkimuslupaa ja vapaaehtoiisiin täsmäryhmähaastatteluihin osallistui 19 opiskelijaa, mikä on 14 % vuosikurssin kaikista opiskelijoista.

Tutkittavien vahingoittamisen välttämiseen liittyy ajatus siitä, että vapaaehtoisuus toteutuu myös tutkimukseen sisältyvissä vuorovaikutustilanteissa (Tutkimuseettinen neuvottelutoimikunta 2009, 27). Korostin täsmäryhmähaastattelujen alussa, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että haastatteluun on varattu noin tunti aikaa, mutta se voidaan lopettaa aikaisemmin, mikäli opiskelijat toivovat niin. Haastattelujen aikana kukaan opiskelijoista ei pyytänyt haastattelun keskeyttämistä. En havainnut, että opiskelijat olisivat osoittaneet ahdistuneisuutta, vaivautuneisuutta tai väsymystä, jonka vuoksi olisin halunnut keskeyttää haastattelun. Täsmäryhmähaastatteluihin osallistuneet opiskelijat toivat esiin sekä myönteisiä että kielteisiä näkemyksiä tutkimuksen kohteena olleista oppimismenetelmistä. Tämä kertoo mielestäni siitä, että he ovat uskaltaneet kertoa rehellisesti myös kielteisistä näkemyksistään, joiden voisi ajatella olevan vastakkaisia opettajan näkemysten kanssa.

Kyselylomakkeessa ja vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittarissa kysyttiin tutkittavien nimiä ainoastaan aineiston käsittelyn helpottamiseksi. Nimen kirjoittaminen oli vapaaehtoista. Aineiston käsittelyvaiheessa tutkittavat opiskelijat nimettiin numeron ja kirjaimen yhdistelmällä, joita käytettiin tutkimusjulkaisuissa suorien aineistolainausten yhteydessä. Tutkimusaineistoina käytetyt opiskelijoiden vastaukset eivät olleet vastauksia tenttikysymyksiin, eivätkä heidän vastauksensa vaikuttaneet puheviestinnän arvosanaan. Tutkimusaineistoja ei ole käytetty muihin kuin tutkimustarkoituksiin. Aineisto on säilytetty tutkijan yksityistiloissa.

Tutkimuksen toteuttamista ja saatuja tuloksia voidaan tarkastella kriittisesti. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa olisin voinut valita myös toisenlaisia aineistonkeruutapoja. Kokemuksellisten oppimismenetelmien soveltuvuuteen olisi saatu erilaisia näkökulmia tarkastelemalla opiskelijoiden lisäksi harrastajanäyttelijöiden ja opettajien näkemyksiä. Vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuutta olisi voitu tutkia myös muilla kuin tässä tutkimuksessa käytetyillä menetelmillä. Opetuksen tavoitteena olleita vuorovaikutuksen analysointitaitoja olisi voitu arvioida esimerkiksi OSVE-tentin (objective structured video examination) avulla, jossa opiskelijat havainnoivat ja analysoivat videoita lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutustilannetta ja sen jälkeen vastaavat kysymyksiin, joilla arvioidaan heidän havainnointi- ja analysointitaitojaan (Humphris & Kaney 2000). Opetuksen tavoitteena olleita vuo-

rovaikutustaitoja olisi voitu arvioida esimerkiksi videoimalla opiskelijoiden ja simuloitujen potilaiden välisiä potilashaastatteluharjoituksia ennen ja jälkeen opetuskokeilun ja arvioimalla opiskelijoiden vuorovaikutustaitoja valitun arviointiasteikon avulla ulkopuolisen havainnoijan toimesta. Vuorovaikutusosaamisen tiedollista ulottuvuutta olisi voitu arvioida esimerkiksi esseen tai testin avulla. Aineistonkeruuvaiheessa ei kuitenkaan ollut mahdollista järjestää riittäviä resursseja vuorovaikutustaitojen arviointia vaativalle videokuvaukselle, minkä vuoksi vuorovaikutustaitojen arviointi rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimuksessa kerättiin tietoihin ja ymmärrykseen liittyvää laadullista aineistoa, mutta se rajattiin väitöskirjatutkimuksen ulkopuolelle työn laajuuden vuoksi.

Tulokset oppimismenetelmien soveltuvuudesta ja koulutuksessa saavutetuista oppimistuloksista perustuvat opiskelijoiden tekemiin arvioihin, minkä vuoksi niitä voidaan tarkastella kriittisesti. Erityisesti vuorovaikutusosaamisen taidollista ulottuvuutta olisi voitu tutkia myös muilla kuin itsearviointiin perustuvilla menetelmillä. Itsearvioinnin on nähty soveltuvan paremmin vuorovaikutusosaamisen tiedollisen ja affektiivisen komponentin arviointiin kuin vuorovaikutustaitojen arviointiin, koska taitoarvioinnin peruskriteerit (tehokkuus ja tarkoituksenmukaisuus) painottuvat eri tavoin itsearvioinnissa ja toisten arvioinnissa (Valkonen 2003, 219–220). Itsearvioinnin käyttöä vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuuden tutkimustapana on kritisoitu myös siksi, että se ei anna todisteita siitä, näkyykö itsearvioinnin mukainen taitojen kehittyminen, asenteiden muuttuminen tai tietojen karttuminen myös käytännössä (Fallowfield ym. 2002). Aiemmat tutkimukset osoittavat, etteivät ulkopuolisen havainnoijan ja opiskelijoiden itsensä tekemät arvoinnit korreloi keskenään (Gordon 1991; Hyvärinen 2011; Valkonen 2003; Woolliscrot ym. 1993). Toisaalta on osoitettu, että ulkopuolisten havainnoijien tekemät arviot ja lääketieteen opiskelijoiden itsearviot korreloivat keskenään (Chur-Hansen 2001). Tämä tutkimus ei kuitenkaan mahdollista vastaavan vertailun tekemistä.

Laadullinen tutkimusote ja huomion kiinnittäminen opiskelijoiden itsearvioituihin oppimistuloksiin sopii tutkimuksen oppimisteoreettiseen taustaan. Sen sijaan asenteiden mittaaminen antaa liian kaavamaisen kuvan oppimisesta ilmiönä, ikään kuin oppiminen olisi mahdollista todentaa syy-seuraussuhteena. Asenteiden mittaaminen haluttiin kuitenkin sisällyttää tutkimukseen, sillä koulutuksen vaikuttavuuden tutkiminen useilla menetelmillä antaa monipuolisemman kuvan koulutuksen vaikuttavuudesta. Tutkimuksen teoriataustan kanssa paremmin yhteen olisi sopinut esi-

merkiksi prosessiarvioinnin näkökulma. Prosessiarvioinnissa arviointitietoa kerätään koko koulutuksen ajan, mikä voi sisältää prosessin ulkopuolisten havaintoja, vuorovaikutusprosessien analyysia tai prosessiin osallistuvien ihmisten antamia kuvauksia ja arviointeja (Rauste-von Wright ym. 2003). Myös opiskelijoiden itse asettamien oppimistavoitteiden ja niiden toteutumisen itsearvioinnin mukaan ottaminen aineistoon olisi sopinut tutkimuksen oppimisteoreettiseen taustaan.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia kokemuksellisten oppimismenetelmien soveltuvuutta myös muiden terveystieteiden alojen, sosiaalialan, opetus- ja kasvatustalan sekä erilaisten asiakaspalvelua vaativien alojen opiskelijoiden ja asiantuntijoiden vuorovaikutuskoulutukseen. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että kokemukselliset oppimismenetelmät soveltuivat hyvin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen lääketieteen opiskelijoiden näkökulmasta ja tutkimuksessa löydettiin kuhunkin oppimismenetelmään liittyvät osallistumisen tasot. Tulokset eivät kuitenkaan anna vastauksia siihen, kuinka osallistumisen tasot toteutuivat todellisuudessa. Tulokset eivät myöskään kuvaa, miten viestintäkäyttäytymistä analysoitiin, kuinka haasteellisista vuorovaikutustilanteista keskusteltiin tai kuinka simuloidut potilaat, vertaisryhmän jäsenet ja opettajat antoivat palautetta lääkärin roolissa toimineelle opiskelijalle. Jotta voitaisiin tarkastella, mitä kokemuksellisissa harjoituksissa tapahtuu, tarvittaisiin tutkimusta, jossa käytetään erilaisia tutkimusmenetelmiä, kuten autenttisten vuorovaikutusharjoitusten ja palautekeskustelujen havainnointia tai videointia.

Lääketieteen opiskelijoiden asennoitumista vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan voitaisiin tutkia uudelleen lääketieteellisen koulutuksen loppuvaiheessa. Näin voitaisiin verrata asenteissa mahdollisesti tapahtuneita muutoksia pidemmällä aikavälillä. Asenteiden tutkiminen lääketieteen opintojen loppuvaiheessa olisi perusteltua, sillä aiemmat tutkimukset osoittavat asenteiden heikkenemisen klinikkaopetukseen siirtymisen jälkeen (Bombeke ym. 2011). Lisäksi suomalaisten lääketieteen opiskelijoiden asennoitumista vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan voitaisiin tutkia laajemmilla otoksilla ja vertailla tuloksia kansallisesti ja kansainvälisesti.

Vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuudesta tarvittaisiin jatkossa seurantatutkimusta. Seurantatutkimuksen tarpeen ovat tuoneet esiin myös muut tutkijat (Aspegren 1999; Cegala & Broz Lenzmeier 2003), sillä seurantatutkimuksen määrä on lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen tutkimuskentällä vähäinen. Tulevaisuudessa lääketieteen opiskelijoille suunnatun vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuuden tut-

kimista voitaisiin jatkaa arvioimalla opiskelijoiden vuorovaikutusosaamista työelämän aidoissa potilaskohtaamisissa.

Useiden tutkimusten mukaan työelämän tarpeet tulisi ottaa vahvemmin puheviestinnän koulutuksen suunnittelun, toteuttamisen, arvioinnin ja kehittämisen lähtökohdaksi (Dannels 2001, 2002, 2005a, 2005b; Darling & Dannels 2003; Morreale & Pearson 2008). Tällä hetkellä käytössä ei ole tutkimusta, jossa tarkasteltaisiin yksityiskohtaisesti työssä olevien lääkäreiden vuorovaikutusosaamisen tarpeita ja haasteita. Tutkimalla työssä vaadittavaa vuorovaikutusosaamista lääketieteen asiantuntijoiden näkökulmasta voitaisiin lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutusta kehittää entistä monipuolisemmaksi ja paremmin työelämän haasteita ennakoivaksi.

Tutkimuksen tulokset perustuvat lyhytkestoiseen vuorovaikutuskoulutukseen, joka sisälsi vähäisen määrän vuorovaikutustaitojen harjoittelua. Tutkimuksessa kuvattu lääketieteen opiskelijoille suunnattu vuorovaikutuskoulutus rajautui tarkastelemaan lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta lääkärin vastaanotolla erityisesti potilashaastattelun yhteydessä. Koulutuksessa ei käsitelty esimerkiksi diagnoosin kertomista, hoitovaihtoehtoja keskustelua tai yhteistä päätöksentekoa. Lääkärin työ vaatii hyvin monipuolista vuorovaikutusosaamista erilaisissa viestintätilanteissa. Siksi ei voida ajatella, että lyhytkestoinen lääkäri-potilasvuorovaikutukseen keskitetty vuorovaikutuskoulutus antaisi riittäviä valmiuksia työelämää varten.

Suomessa korkeakoulututkintoon kuuluvien kieli- ja viestintäopintoihin sisältyvien puheviestinnän opintojen laajuudesta päättävät käytännössä kunkin yliopiston tiedekunnat (Gerlander ym. 2009). Tämä on herättänyt kysymyksen opiskelijoiden eriarvoisuudesta sekä pohdinnan siitä, kuinka uuden tutkintoasetuksen edellyttämät riittävät ja hyvät viestintätaidot toteutuvat eri yliopistoissa (Gerlander ym. 2009). Jatkossa voitaisiin verrata eri yliopistoista ja erilaisilla vuorovaikutuskoulutuksen opintosuunnitelmilla valmistuneiden lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutusosaamisen tasoa valtakunnallisesti ja mahdollisesti havaita lääketieteellisen alan vuorovaikutuskoulutuksen valtakunnallisia kehittämistarpeita.

Tämän tutkimuksen aikana Suomessa on hahmotettu kieli- ja viestintäopintoihin kuuluvien puheviestinnän opintojen tavoitteita ja sisältöjä yleisellä (ks. Almonkari & Isotalus 2009, 166–169) mutta ei alakohtaisella tasolla. Lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksen osaamistavoitteita, sisältöjä, laajuutta ja arviointitapoja voitaisiinkin hahmottaa valtakunnallisesti puheviestinnän ja lääketieteen asiantuntijoiden yhteistyönä. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että lyhytkestoisen vuorovaikutuskoulutuk-

sen vaikuttavuus on heikko, mikäli vuorovaikutustaitojen harjoittelua ei ole mahdollista jatkaa myöhemmin (Alroy ym. 1984; Aspegren 1999; Berkhof ym. 2011; Moorehead & Winefield 1991). Lisäksi tiedetään, että lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaidot heikkenevät erityisesti opintojen kliinisessä vaiheessa, kun opiskelijat oppivat lääketieteellistä ongelmanratkaisua (Bishop ym. 1981; Craig 1992; Engler ym. 1981). Vuorovaikutustaitojen heikentymistä lääketieteellisten opintojen aikana voidaan kuitenkin estää tai vähentää lisäämällä vuorovaikutusopintoja lääketieteen perustutkintoon (Davis & Nicholaou 1992). Lääketieteen koulutuksessa tulisikin olla vuorovaikutusopintojen polku, joka mahdollistaa systemaattisen, asteittain etenevän ja laajasti lääkärin vuorovaikutusosaamista käsittelevän tietoisin oppimisen. Ennen valmistumista opiskelijoiden vuorovaikutusosaaminen tulisi myös arvioida monipuolisilla ja erityisesti viestintäkäyttötymisen tarkastelun mahdollistavilla arviointimenetelmillä.

Tämän tutkimuksen tulokset rohkaisevat käyttämään kokemuksellisia oppimismenetelmiä lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa myös tulevaisuudessa. Tutkimuksen avulla saatiin uutta tietoa lääketieteen opiskelijoille suunnatussa vuorovaikutuskoulutuksessa saavutetuista oppimistuloksista, mikä on tärkeää puheviestinnän opetuksen kehittämiseksi. Tutkimuksessa osoitettiin, että lyhykestoinen, mutta pidemmälle aikavälille sijoitettu, vuorovaikutuskoulutus vaikutti myönteisesti lääketieteen opiskelijoiden asenteisiin vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan ja sillä oli myönteisiä vaikutuksia opiskelijoiden tiedolliseen oppimiseen, vuorovaikutustaitojen oppimiseen, tiedostumiseen vuorovaikutusosaamisen merkityksestä sekä potilaskeskeisyyden oppimiseen.

Tulevaisuudessa lääketieteen opiskelijoille suunnatussa puheviestinnän opetuksessa ja uusien opetussuunnitelmien laadinnassa tulee keskittyä tutkitusti toimiviin pedagogisiin ratkaisuihin, koska niiden avulla päästään parhaiten myös opetuksen tavoitteisiin. Nuori lääkäri valmistuu terveydenhuollon ammattilaiseksi, vastuulliseen ja haastavaan ammattiin, jossa hän tarvitsee vuorovaikutusosaamista päivittäin kohdatessaan potilaita, omaisia, kollegoja ja muuta henkilökuntaa. Lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutusta on kehitettävä jatkuvasti ja sen on vastattava ajan haasteisiin. Nuoria lääkäreitä tulee valmentaa koulutuksessa siten, että he ovat tiedoiltaan, taidoiltaan ja asenteiltaan valmiita kohtaamaan alati muuttuvan työelämän vuorovaikutushaasteita sekä kiinnostuneita kehittämään vuorovaikutusosaamistaan läpi elämän.

8. Kirjallisuus

- AAMC. 2008. Recommendations for clinical skills curricula for undergraduate medical education. Tulostettu 18.5.2011. https://www.aamc.org/download/183158/data/recommendations_for_preclinical_skills_in_curricula_in_medical_.pdf
- ACGME. 1999. Accreditation Council for Graduate Medical Education. The ACGME Outcome project. <http://www.acgme.org/outcome/comp/compHome.asp> Viitattu 27.10.2011.
- Alinier, G. 2007. A typology of educationally focused medical simulation tools. *Medical Teacher* 29, e243–e250.
- Almonkari, M. 2007. Jännittäminen opiskelun puheviestintätilanteissa. Jyväskylä Studies in Humanities 86. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Almonkari, M. & Isotalus, P. (toim.) 2009. Akateeminen puheviestintä. Kuinka opettaa puheviestintää yliopisto-opiskelijoille? Helsinki: Finn Lectura.
- Alroy, G., Ber, R. & Kramer, D. 1984. An evaluation of the short-term effects of an interpersonal skills course. *Medical Education* 18, 85–89.
- Anderson, L. & Sharpe, P. 1991. Improving patient and provider communication: a synthesis and review of communication intervention. *Patient Education and Counseling* 17, 99–134.
- Artkoski, M. 2007. Empaattinen vai asiakeskeinen? Lääkäreiden näkemyksiä empatian viestimisestä potilaalle huonojen uutisten yhteydessä. Teoksessa P. Isotalus, M. Gerlander, M. Jäkälä & T. Kokko (toim.) Prologi. Puheviestinnän vuosikirja 2007. Jyväskylä: Prologos ry, 67–92.
- Asikainen, S. 2003. Prosessidraaman kehittäminen museossa. Joensuun yliopiston kasvatus-tieteellisiä julkaisuja 94. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Aspegren, K. 1999. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine - a review with quality grading of articles. *Medical Teacher* 21 (6), 563–570.
- Aspegren, K. & Lonberg-Madsen, P. 2005. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Medical Teacher* 27 (6), 539–543.
- Barrows, H. S. & Abrahamson, S. 1964. The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology. *Journal of Medical Education* 39, 802–805.
- Batenburg, V. & Smal, J. A. 1997. Does a communication course influence medical students' attitudes? *Medical Teacher* 19 (4), 263–270.
- Baumal, R. & Benbassat, J. 2008. Current trends in the educational approach for teaching interviewing skills to medical students. *The Israel Medical Association Journal* 10, 552–555.
- Beckman, H. B. & Frankel, R. M. 1984. The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine* 101, 692–696.
- Benbassat, J. & Baumal, R. 2001. Teaching doctor-patient interviewing skills using an integrated learner and teacher-centred approach. *The American Journal of the Medical Sciences* 322, 349–357.
- Berkhof, M., van Rijssen, H. J., Schellart, A. J. M., Anema, J. R. & van der Beek, A. J. 2011. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling* 84, 152–162.

- Bishop, J. M., Fleetwood-Walker, P., Wishart, E., Swire, H., Wright, A. D. & Green, I. D. 1981. Competence of medical students in history taking during the clinical course. *Medical Education* 15, 368–372.
- Boal, A. 1992. *Games for actors and non-actors*. London: Routledge.
- Boal, A. 1995. *The rainbow of the desire. The Boal method of theatre and therapy*. London: Routledge.
- Bokken, L., Rethans, J.-J., Scherpbier, A. J. J. A. & van der Vleuten, C. P. M. 2008. Strengths and weaknesses of simulated and real patients in the teaching of skills to medical students: a review. *Simulation in Healthcare* 3 (3), 161–169.
- Bolton, G. 2000. It's all theatre. *Drama Research: The Research Journal of National Drama* 1, 21–29.
- Bombeke, K., Van Roosbroeck, S., De Winter, B., Debaene, L., Schol, S., Van Hal, G. & Van Royen, P. 2011. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centered attitudes: an observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Education and Counseling* 84, 310–318.
- Bondevik, G. T., Smith-Sivertsen, T. & Baerheim, A. 2006. Bruk av skuespillere i undervisningen av medisinstudenter [Use of actors to train medical students in communication skills]. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* 16, 2118–2121.
- Boon, H. & Stewart, M. 1998. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling* 35, 161–176.
- Boud, D., Cohen, R. & Walker, D. 1993. Introduction: understanding learning from experience. Teoksessa D. Boud, R. Cohen & D. Walker (toim.) *Using experience for learning*. Buckingham: SRHE and Open University Press, 1–17.
- Boud, D. & Falchikov, N. 1989. Quantitative studies of self-assessment in higher education: a critical analysis of findings. *Higher Education* 18, 529–549.
- Boud, D., Keogh, R. & Walker, D. 1985. Promoting reflection in learning: a model. Teoksessa D. Boud, R. Keogh & D. Walker (toim.) *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page, 18–40.
- Bradley, P. 2006. The history of simulation in medical education and possible future directions. *Medical Education* 40, 254–262.
- Brown, J. B., Stewart, M. & Ryan, B. L. 2003. Outcomes of patient-provider interaction. Teoksessa T. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrot (toim.) *Handbook of health communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 141–161.
- Byrne, P. & Long, B. 1976. *Doctors talking to patients. A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries*. London: The Royal College of General Practitioners.
- Cegala, D. J. & Broz Lenzmeier, S. 2003. Provider and patient communication skills training. Teoksessa T. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrot (toim.) *Handbook of health communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 95–119.
- Cegala, D. J., McGee, D. S. & McNeelis, K. S. 1996. Components of patient' and doctors' perceptions of communication competence during a primary care medical interview. *Health Communication* 8, 1–27.
- Cheraghi-Sohi, S. & Bower, P. 2008. Can the feedback of patient assessments, brief training, or their combination, improve the interpersonal skills of primary care physicians? A systematic review. *BMC Health Services Research* 8:179. Tulostettu 18.4.2012 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/179>
- Chur-Hansen, A. 2001. The self-evaluation of medical communication skills. *Higher Education Research & Development* 20 (1), 72–79.
- Clark, R. A. 2002. Learning outcomes: the bottom line. *Communication Education* 51, 396–404.
- Cleland, J. A., Abe, K. & Rethans, J.-J. 2009. The use of simulated patients in medical education: AMEE guide no. 42. *Medical Teacher* 31 (6), 477–486.
- Cleland J., Foster K. & Moffat, M. 2005. Undergraduate students' attitudes to communication skills learning differ depending on year of study and gender. *Medical Teacher* 27, 246–251.

- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. 2000. *Research methods in education*. London: Routledge.
- Cohen, R. 1986. Näyttelemisen mahti: johdatus näyttelemiseen. Tampere: Tampereen yliopiston näyttelijäntyön koulutusohjelman julkaisu.
- Cook, D. A. 2010. Twelve tips for evaluating educational programs. *Medical Teacher* 32, 296–301.
- Craig, J. L. 1992. Retention of interviewing skills learned by first-year medical students: a longitudinal study. *Medical Education* 26, 276–281.
- Creswell, J. W. 2009. *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 3. painos. Los Angeles: SAGE.
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. 2011. *Designing and conducting mixed methods research*. 2. painos. Thousand Oaks: SAGE.
- Crookall, D. & Saunders, D. 1989. *Communication and simulation: from two fields to one theme*. Clevedon: Multilingual Matters LTD.
- Cushing, A. 2002. Assessment of non-cognitive factors. Teoksessa G. R. Norman, C. P. M. van der Vleuten & D. I. Newble (toim.) *International handbook of research in medical education*, Part two. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 711–756.
- Cyphert, D. 2002. Integrating communication across the MBA curriculum. *Business Communication Quarterly* 65, 81–86.
- Dannels, D. 2001. Time to speak up: a theoretical framework of situated pedagogy and practice for communication across the curriculum. *Communication Education* 50, 144–158.
- Dannels, D. 2002. Communication across the curriculum and in the disciplines: Speaking in engineering. *Communication Education* 51, 254–268.
- Dannels, D. 2005a. Leaning in and letting go. *Communication Education* 54, 1–5.
- Dannels, D. 2005b. Performing tribal rituals: A genre analysis of “crits” in design studios. *Communication Education* 54, 136–160.
- Dannels, D. P. & Housley Gaffney, A. L. 2009. Communication across the curriculum and in the disciplines: A call for scholarly cross-curricular advocacy. *Communication Education* 58, 124–153.
- Darling, A. L. 2005. Public presentations in mechanical engineering and the discourse of technology. *Communication Education* 54, 20–33.
- Darling, A. L. & Dannels, D. P. 2003. Practicing engineers talk about the importance of talk: A report on the role of oral communication in the workplace. *Communication Education* 52, 1–16.
- Davis, H. & Nicholaou, T. 1992. A comparison of the interviewing skills of first- and final-year medical students. *Medical Education* 26, 441–447.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (toim.) 1994. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE.
- Dickson, D. A., Hargie, O. D. W. & Morrow, N. C. 1991. *Communication skills training for health professionals*. London: Chapman & Hall.
- DiMatteo, M. R., Hays, R. D. & Prince, L. M. 1986. Relationship of physicians’ nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychology* 5 (6), 581–594.
- Dochy, F., Segers, M. & Sluijsmans, D. 1999. The use of self-, peer and co-assessment in higher education: a review. *Studies in Higher Education* 24 (3), 331–350.
- Doherty, E., McGee, H. M., O’Boyle, C. A., Shannon, W., Bury, G. & Williams, A. 1992. Communication skills training in undergraduate medicine: Attitudes and attitude change. *Irish Medical Journal* 85 (3), 104–107.
- Du Pré, A. 2001. Accomplishing the impossible: talking about body and soul and mind during a medical visit. *Health Communication* 14 (1), 1–21.
- Duggan, A. 2006. Understanding interpersonal communication processes across health contexts: Advances in the last decade and challenges for the next decade. *Journal of Health Communication* 11, 93–108.

- Eagles, J. M., Calder, S. A., Nicoll, K. S. & Walker, L. G. 2001. A comparison of real patients, simulated patients and videotaped interview in teaching medical students about alcohol misuse. *Medical Teacher* 23 (4), 490–493.
- Eagly, A. H. & Chaiken, S. 1993. *The psychology of attitudes*. Fort World: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Engler, C., Saltzman, G., Walker, M. & Wolf, F. 1981. Medical student acquisition and retention of communication and interviewing skills. *Journal of Medical Education* 56, 572–579.
- Evans, B. J., Stanley, R. O., Burrows, G. D. & Sweet, B. 1989. Lectures and skills workshop as teaching formats in a history-taking course for medical students. *Medical Education* 23, 364–370.
- Evans, B. J., Sweet, B. & Coman, G. J. 1993. Behavioural assessment of the effectiveness of a communication programme for medical students. *Medical Education* 27, 344–350.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A. & Eves, R. 2002. Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet* 359, 650–656.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V. & Solis-Trapala, I. 2003. Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *British Journal of Cancer* 89, 1445–1449.
- Faulkner, A. & Maguire, P. 1999. Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen. Hämeenlinna: Duodecim.
- Fellowes, D., Wilkinson, S. & Moore, P. 2004. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and / or carers. *Cochrane Database Systematic Reviews* (Online), CD003751.
- Frank, J. R. (toim.). 2005. *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Fraser, M. 1994. Quality in higher education: An international perspective. Teoksessa D. Green (toim.) *What is quality in higher education?* Buckingham: SRHE and Open University Press Imprint, 101–111.
- Frey, L. R., Botan, C. H. & Kreps, G. L. 2000. *Investigating communication. An introduction to research methods*. 2. painos. Boston: Allyn and Bacon.
- General Medical Council. *Tomorrow's Doctors* 1993. http://www.gmc-uk.org/Tomorrows_Doctors_1993.pdf_25397206.pdf. Viitattu 1.7.2011.
- General Medical Council. *Tomorrow's Doctors* 2009. http://www.gmc-uk.org/education/undergraduate/tomorrows_doctors_2009.asp. Viitattu 18.5.2011.
- Gerlander, M. 2003. Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. *Jyväskylä Studies in Humanities* 3. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Gerlander, M., Hyvärinen, M.-L., Almonkari, M. & Isotalus, P. 2009. Mitä ja miten puheviestinnän opintojaksoilla opetetaan? Teoksessa M. Almonkari & P. Isotalus (toim.) *Akateeminen puheviestintä. Kuinka opettaa puheviestintää yliopisto-opiskelijoille?* Helsinki: Finn Lectoria, 8–24.
- Gerlander, M. & Isotalus, P. 2010. Professionaalisten viestintäsuhteiden ääriviivoja. *Puhe ja kieli* 30 (1), 3–19.
- Gordon, M. J. 1991. A review of the validity and accuracy of self-assessments in health professions training. *Academic Medicine* 66 (12), 762–769.
- Greene, J. O. 2003. Models of adult communication skill acquisition: Practice and the course of performance improvement. Teoksessa J. O. Greene & B. R. Burleson (toim.) *Handbook of communication and social interaction skills*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 51–91.
- Greene, J. C., Benjamin, L. & Goodyear, L. 2001. The merits of mixing methods in evaluation. *Evaluation* 7, 25–44.

- Griffith, C. H., Wilson, J. F., Langer, S. & Haist, S. A. 2003. House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine* 18, 170–174.
- Gysels, M., Richardson, A. & Higginson, I. J. 2004. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. *Supportive Care in Cancer* 12, 692–700.
- Gysels, M., Richardson, A. & Higginson, I. J. 2005. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of training methods. *Supportive Care in Cancer* 13, 356–366.
- Haber, R. J. & Lingard, L. A. 2001. Learning oral presentation skills. A rhetorical analysis with pedagogical and professional implications. *Journal of General Internal Medicine* 16, 308–314.
- Hall, J. A., Roter, D. L., Blanch, D. C. & Frankel, R. M. 2009. Nonverbal sensitivity in medical students: implications for clinical interactions. *Journal of General Internal Medicine* 24, 1217–1222.
- Hargie, O. 2006. Skill in theory: Communication as skilled performance. Teoksessa O. Hargie (toim.) *The handbook of communication skills*. Lontoo: Routledge, 7–36.
- Hargie, O., Boohan, M., McCoy, M. & Murphy, P. 2010. Current trends in communication skills training in UK schools of medicine. *Medical Teacher* 32 (5), 385–391.
- Harlak, H., Dereboy, C. & Gemalmaz, A. 2008a. Validation of a Turkish translation of the communication skills attitude scale with Turkish medical students. *Education for Health* 21. Tulostettu 24.1.2011. http://www.educationforhealth.net/publishedarticles/article_print_55.pdf.
- Harlak, H., Gemalmaz, A., Gurel, F. S., Dereboy, C. & Ertekin, K. 2008b. Communication skills training: effects on attitudes toward communication skills and empathic tendency. *Education for Health*, 21. Tulostettu 24.1.2011. http://www.educationforhealth.net/publishedarticles/article_print_62.pdf.
- Haskard Zolnierak, K. B. & DiMatteo, M. R. 2009. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care* 47 (8), 826–834.
- Heaven, C. 2009. Simulated patients and role-play [esitelmä]. R-EACH Young Researchers Summer School 23.-28.8.2009. Vnå.
- Heikkinen, H. 2002. Draaman maailmat oppimisalueina. Draamakasvatuksen vakava leikillisuus. *Jyväskylän Studies In Education, Psychology and Social Research* 201. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Heikkinen, H. 2003. Draamakasvatus liminaalisena leikkikenttänä - TIE (Theatre-In-Education) -genren teoreettinen viitekehys. Teoksessa H. Heikkinen & T.-L. Viirret (toim.) *Draamakasvatuksen teillä - Tutkimus TIE (Theatre-In-Education) -projektista*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 11–24.
- Heikkinen, H. 2004. Vakava leikillisuus. Draamakasvatusta opettajille. Vantaa: Kansanvalistusseura.
- Heikkinen, H. 2005. Draamakasvatus – opetusta, taidetta, tutkimista! Jyväskylä: Minerva Kustannus Oy.
- Helfer, R. 1970. An objective comparison of the pediatric interviewing skills of freshman and senior medical students. *Pediatrics* 45 (4), 623–627.
- Henbest, R. J. & Fehrsen, G. S. 1992. Patient-centredness: Is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcomes. *Family Practice* 9, 311–317.
- Henry, S. G., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M. A. M. & Eggly, S. 2012. Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling* 86, 297–315.
- Heritage, J. & Maynard, D. W (toim.). 2006. Communication in medical care. Interaction between primary care physician and patients. *Studies in Interactional Sociolinguistics* 20. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoffman, A., Utley, B. & Ciccarone, D. 2008. Improving medical student communication skills through improvisational theatre. *Medical Education* 42, 537–538.

- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S. & Magee, M. 2004. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education* 38, 934–941.
- Howie, J. G. R., Porter, A. M. D., Heaney, D. J. & Hopton, J. L. 1991. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *British Journal of General Practice* 41, 48–54.
- Hullman, G. A. & Daily, M. 2008. Evaluating physician communication competence scales: a replication and extension. *Communication Research Reports* 25 (4), 316–322.
- Hulsman, R. L., Ros, W. J. G., Winnubst, J. A. M. & Bensing, J. M. 1999. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Medical Education* 33, 655–668.
- Humphris, G. M. & Kaney, S. 2000. The objective structured video exam for assessment of communication skills. *Medical Education* 34, 939–945.
- Hyvärinen, M.-L. 2011. Alakohtainen vuorovaikutuskoulutus farmasiassa. *Acta Universitatis Tampereensis* 1604. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Isotalus, P. 2000. Puheviestinnän teorioiden opettaminen. Teoksessa M. Valo (toim.) *Nykytietoa puheviestinnän opetuksesta*. Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksen julkaisuja 20. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 182–205.
- Jackson, T. 1993a. *Learning through theatre - new perspectives on Theatre in Education*. London: Routledge.
- Jackson, T. 1993b. Education or theatre? The development of TIE in Britain. Teoksessa T. Jackson (toim.) *Learning through theatre – new perspectives on Theatre in Education*. London: Routledge, 17–37.
- Jacobsen, T., Baerheim, A., Lepp, M. R. & Schei, E. 2006. Analysis of role-play in medical communication training using a theatrical device the fourth wall. *BMC Medical Education*, 6 (51). Tulostettu 6.5.2009. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1621062>.
- Jenkins, V. & Fallowfield, L. 2002. Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *Journal of Clinical Oncology* 20, 765–769.
- Johnson, R. B. & Onwuegbuzie, A. J. 2004. Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher* 33 (7), 14–26.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J. & Turner, L. A. 2007. Towards a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research* 1 (2), 112–133.
- Joos, S. K., Hickam, D. H., Gordon, G. H. & Baker, L. H. 1996. Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *Journal of General Internal Medicine* 11, 147–155.
- Kaipomäki, E. 2011. Suomalaisten yliopistojen kieli- ja viestintäopintoihin kuuluvan puheviestinnän opetuksen nykytila ja haasteet. Tampereen yliopisto. Viestinnän, median ja teatterin yksikkö. Pro gradu -tutkielma.
- Kalamazoo Consensus Statement. 2001. Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine* 76, 390–393.
- Kaufman, D. M., Laidlaw, T. A. & Macleod, H. 2000. Communication skills in medical school: exposure, confidence, and performance. *Academic Medicine* 75, 90–92.
- Keller, V. & Carroll, J. G. 1994. A new model for physician–patient communication. *Patient Education and Counseling* 23, 131–140.
- Kelly, M. E., Fenlon, N. P. & Murphy, A. W. 2002. An approach to the education about, and assessment of, attitudes in undergraduate medical education. *Irish Journal of Medical Science* 171 (4), 206–210.
- Kendrick, T. & Freeling, P. 1993. A communication skills course for preclinical students: evaluation of general practice based teaching using group methods. *Medical Education* 27, 211–217.
- Khan, K., Pattison, T. & Sherwood, M. 2011. Simulation in medical education. *Medical Teacher* 33, 1–3.

- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T. J. & Harvey, I. 1999. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *British Journal of General Practice* 49, 711–716.
- Kirkpatrick, D. L. 2006. Evaluating training programs. The four levels. 3. painos. San Francisco: Berett-Koehler.
- Knowles, M. 1990. The adult learner: a neglected species. 4. painos. Houston: Gulf Publishing Company.
- Kolb, D. 1984. Experiential learning. Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Koponen, J. 2009. Vuorovaikutusosaamisen opettaminen lääketieteen opiskelijoille. Teoksessa M. Almonkari & P. Isotalus (toim.) Akateeminen puheviestintä. Kuinka opettaa puheviestintää yliopisto-opiskelijoille? Helsinki: Finn Lectura, 54–78.
- Koponen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. 2010. Teaching interpersonal communication competence to medical students through theatre in education. *Communication Teacher* 24 (4), 211–214.
- Kostiainen, E. 2003. Viestintä ammattiosaamisen ulottuvuutena. Jyväskylä Studies in Humanities 1. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Koulutuksen tuloksellisuuden arviointimalli 1998. Helsinki: Opetushallitus.
- Kramer, D., Ber, R. & Moore, M. 1989. Increasing empathy among medical students. *Medical Education* 23, 168–173.
- Kurtz, S. M. & Silverman, J. 1996. The Calgary–Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education* 30, 83–89.
- Kurtz, S. M., Silverman, J. & Draper, J. 1998. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Kurtz, S. M., Silverman, J. & Draper, J. 2005. Teaching and learning communication skills in medicine. 2. painos. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Laakso, M., Hiltunen, L. & Larivaara, P. 2000. Vuorovaikutustaitoja tuleville lääkäreille uusin opetusmenetelmin. Uutisia opetuksen kehittämisestä Oulun yliopiston laitoksilla 12, 27–39.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>. Viitattu 25.10.2011.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Viitattu 17.8.2011.
- Lane, C., Hood, K. & Rollnick, S. 2008. Teaching motivational interviewing: using role-play is as effective as using simulated patients. *Medical Education* 42 (6), 637–644.
- Lane, C. & Rollnick, S. 2007. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005. *Patient Education and Counseling* 67, 13–20.
- Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Rüttimann, S. & Wössmer, B. 2002. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *British Medical Journal* 28, 682–683.
- Lave, J. & Wenger, E. 1991. Situated learning. Legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press.
- Levinson, W. & Roter, D. 1995. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *Journal of General Internal Medicine* 10, 375–379.
- Libert, Y., Conradt, S., Raynaert, C., Janne, P., Tordeurs, D., Delvaux, N., Fontaine, O. & Razavi, D. 2001. Improving doctors' communication skills in oncology: review and future perspectives. *Bulletin du Cancer* 88 (12), 1167–76.
- Lindlof, T. R. & Taylor, B. C. 2002. Qualitative communication research methods. 2. painos. Thousand Oaks: SAGE.
- Lingard, L., Garwood, K., Schryer, C. F. & Spafford, M. M. 2003a. A certain art of uncertainty: case presentation and the development of professional identity. *Social Science & Medicine* 56, 603–616.

- Lingard, L., Schryer, C. F., Garwood, K. & Spafford, M. M. 2003b. 'Talking the talk': school and workplace genre tension in clerkship case presentations. *Medical Education* 37, 612–620.
- Litmanen, T., Ruskoaho, J., Vänskä, J. & Patja, K. 2011. Osaamistarpeet ja täydennyskoulutus lääkärin työssä. *Suomen Lääkärilehti* 39, 2855–2860.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. & Payne, S. 2001. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal* 323, 908–911.
- Lääkärikysely. 2009. Helsinki: Suomen lääkäriliitto.
- Maguire, P. 1990. Can communication skills be taught? *British Journal of Hospital Medicine* 43, 215–216.
- Maguire, P., Clarke, D. & Jolly, B. 1977. An experimental comparison of three courses in history-taking skills for medical students. *Medical Education* 11, 175–182.
- Maguire, P., Faulkner, A., Booth, K., Elliott, C. & Hillier, V. 1996. Helping cancer patients disclose their concerns. *European Journal of Cancer* 32A (1), 78–81.
- Maguire, P. & Pitceathly, C. 2002. Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal* 325, 697.
- Maguire, P., Roe, P., Goldberg, D., Jones, S., Hyde, C. & O' Dowd, T. 1978. The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. *Psychological Medicine* 8, 695–704.
- Maguire, P. & Rutter, D. 1976. History-taking for medical students. I. Deficiencies in performance. *Lancet* 2, 556–558.
- Makoul, G. 2001. The SEGUE framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling* 45 (1), 23–34.
- Makoul, G. 2003. The interplay between education and research about patient-provider communication. *Patient Education and Counseling* 50, 79–84.
- Malinen, A. 2000. Towards the essence of adult experiential learning: a reading of the theories of Knowles, Kolb, Mezirow, Revans and Schön. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Mansfield, F. 1991. Supervised role play in the teaching of the process of consultation. *Medical Education* 25, 485–490.
- Marvel, M. K., Epstein, R. M., Flowers, K. & Beckman, H. B. 1999. Soliciting the patient's agenda. Have we improved? *JAMA* 281 (3), 283–287.
- May, W., Park, J. H. & Lee, J. P. 2009. A ten-year review of the literature on the use of standardized patients in teaching and learning: 1996–2005. *Medical Teacher* 31, 487–492.
- McCroskey, J. C. 1994. Assessment of affect toward communication and affect toward instruction in communication. Teoksessa S. Morreale & M. Brooks (toim.) 1994 SCA summer conference proceedings and prepared marks. Annandale: Speech Communication Association, 55–71.
- Mead, N. & Bower, P. 2000. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine* 51, 1087–1110.
- Mercaert, I., Libert, Y. & Razavi, D. 2005. Communication skills training in cancer care: where are we and where are we going? *Current Opinion in Oncology* 17, 319–330.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp.
- Miettinen, R. 1998. Miten kokemuksesta voi oppia? Kokemus ja reflektiivinen ajattelu John Deweyn toiminnan filosofiassa. *Aikuiskasvatus* 2, 84–97.
- Miettinen, R. 2000. Konstruktivistinen oppimisenäkymys ja esineellinen toiminta. *Aikuiskasvatus* 4, 276–289.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. 1994. Qualitative data analysis. An expanded sourcebook. 2. painos. Thousand Oaks: SAGE.
- Miller, C. R. 1984. Genre as social action. *Quarterly Journal of Speech* 70, 151–167.
- Molinuevo, B. & Torrubia, R. 2011. Validation of the Catalan version of the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) in a cohort of South European medical and nursing

- students. *Education for Health*, 24. Tulostettu 3.6.2011. <http://www.educationforhealth.net/articles/showarticlenew.asp?ArticleID=499>.
- Moorehead, R. & Winefield, H. 1991. Teaching counseling skills to fourth-year medical students: a dilemma concerning goals. *Family Practice* 8, 343–346.
- Morreale, S. & Pearson, J. 2008. Why communication education is important: the centrality of the discipline in the 21st century. *Communication Education* 57 (2), 224–240.
- Morton, J. & O'Brien, D. 2005. Selling your design: oral communication pedagogy in design education. *Communication Education* 54 (1), 6–19.
- Mottet, T. P. & Beebe, S. A. 2006. Foundations of instructional communication. Teoksessa T. P. Mottet, V. P. Richmond & J. C. McCroskey (toim.) *Handbook of instructional communication. Rhetorical & Relational Perspectives*. Boston: Pearson Education, 3–32.
- Moumjid, N., Gafni, A., Brémond, A. & Carrère, M-O. 2007. Shared decision making in the medical encounter: are we all taking about the same thing? *Medical Decision Making* 5, 539–546.
- Mounsey, A. L., Bovbjerg, V., White, L. & Gazewood, J. 2006. Do students develop better motivational interviewing skills through role-play with standardised patients or with student colleagues? *Medical Education* 40, 8, 775–780.
- Mönkkönen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. 2007. Medical students' perceptions of simulated patient interviews with amateur actors. *DRAMA - Nordisk dramapedagogisk tidsskrift* 4, 20–25.
- Neelands, J. 1998. *Beginning drama* 11-14. London: Fulton.
- Nestel, D. & Tierney, T. 2007. Role-play for medical students learning about communication: guidelines for maximising benefits. *BMC Medical Education* 7, 3. Tulostettu 21.10.2010. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-7-3.pdf>.
- Nevgi, A. & Lindblom-Ylänne, S. 2003. Johdanto yliopistopedagogiikkaan. Teoksessa S. Lindblom-Ylänne & A. Nevgi (toim.) *Yliopisto- ja korkeakouluopettajan käsikirja*. Helsinki: WSOY, 14–28.
- Norman, G. & Schmidt, H. 2000. Effectiveness of problem-based learning curricula: theory, practice and paper darts. *Medical Education* 34, 721–728.
- Northouse, L. L. & Northouse, P. G. 1998. *Health communication. Strategies for health professionals*. 3. painos. Stamford: Appleton & Lange.
- Novack, D. H., Dubé, C. & Goldstein, M. G. 1992. Teaching medical interviewing. A basic course on interviewing and the physician-patient relationship. *Archives of Internal Medicine* 152, 1814–1820.
- Novack, D. H., Epstein, R. M. & Paulsen, R. H. 1999. Toward creating physician-healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Academic Medicine* 74 (5), 516–520.
- Novack, D. H., Volk, G., Drossman, D. A. & Lipkin, M. 1993. Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools: practice, problems and promise. *Journal of the American Medical Association* 269, 2101–2105.
- O'Neill, C. 1995. *Drama worlds – a framework for process drama*. Portsmouth: Heinemann.
- Ong, L. M. L., De Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M. & Lammes, F. B. 1995. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine* 40 (7), 903–918.
- O'Toole, J. 1992. *The process of drama, negotiating art and meaning*. London: Routledge.
- Overeem, K., Wollersheim, H., Driessen, E., Lombarts, K., van de Ven, G., Grol, R. & Onyebuchi, A. 2009. Doctors' perceptions of why 360-degree feedback does (not) work: a qualitative study. *Medical Education* 43, 874–882.
- Palsson, R., Kellett, J., Lindgren, S., Merino, J., Semple, C. & Sereni, D. 2007. Core competencies of the European internist: A discussion paper. *European Journal of Internal Medicine* 18, 104–108.
- Papadakis, M. A., Croughan-Minihane, M., Fromm, L. J., Wilkie, H. A. & Ernster, V. L. 1997. A comparison of two methods to teach smoking-cessation techniques to medical students. *Academic Medicine* 72 (8), 725–727.

- Parks, R. M. 1994. Communication competence and interpersonal control. Teoksessa M. L. Knapp & G. R. Miller (toim.) *Handbook of interpersonal communication*. 2. painos. Beverly Hills: Sage, 589–618.
- Patja, K., Litmanen, T., Helin-Salmivaara, A. & Pasternack, A. 2009. Lääkäriin ammatillisen osaamisen laajentaminen. *Duodecim* 125, 2365–2372.
- Pekrun, R., Goetz, T., Titz, W. & Perry, R. 2002. Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement: A program of qualitative and quantitative research. *Educational Psychologist* 37 (2), 91–105.
- Peräkylä, A. 2001. Diagnoosin kertominen ja vastaanottaminen. Teoksessa M.-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.). *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 71–88.
- Peräkylä, A., Eskola, K. & Sorjonen, M.-L. 2001. Lääkäriin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa M.-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.). *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 7–26.
- Pesonen, N. 1980. Terveystien puolesta – sairautta vastaan. WSOY: Porvoo.
- Petty, R. E., Wegener, D. T. & Fabrigar, L. R. 1997. Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology* 48, 609–647.
- Peura, A. 2001. Vuorovaikutusta voi oppia! Reflektiivinen toimintatapa lääkäreiden koulutajakoulutuksen tavoitteena. *Kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja M 175:2001*. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Piaget, J. 1988. Lapsi maailmansa rakentajana. Suom. Saara Palmgren. Porvoo: WSOY.
- Puolimatka, T. 2002. Opetuksen teoria. Konstruktivismista realismiin. Helsinki: Tammi.
- Pyörälä, E. 2001. Keskusteluanalyttisen tutkimuksen soveltaminen lääkärikoulutuksessa. Teoksessa M.-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 183–195.
- Pyörälä, E. 2006. Reflektiivinen toimintatapa palautekeskustelussa – haaste lääkäreiden vuorovaikutuskoulutukselle. *Peda-Forum* 1 (6), 30–32.
- Pyörälä, E., Heasman, P. & Niemi-Murola, L. 2006. Vuorovaikutusopinnot ja vuorovaikutustaitojen arviointi Helsingin yliopistossa [poster]. Valtakunnalliset Lääkäripäivät 8.–12.1.2006. Helsinki.
- Pyörälä, E. & Hietanen, P. 2011. Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillista kehittymistä. *Suomen lääkirilehti* 6, 469–473.
- Pyörälä, E. & Lindblom-Ylänne, S. 2010. Lääkäriin vuorovaikutustaitojen kehittäminen. Teoksessa E. Hiltunen, P. Holmberg, M. Kaikkonen, E. Jyväsjärvi, M. Kaikkonen, S. Lindblom-Ylänne, W. Niensted & K. Vähälä (toim.) *Galenos. Johdanto lääketieteen opintoihin*. 1.–2. painos. Porvoo: WSOY, 37–48.
- Quilligan, S. & Silverman, J. 2012. The skill of summary in clinician-patient communication: a case study. *Patient Education and Counseling* 86, 354–359.
- Raevaara, L. & Sorjonen, M.-L. 2001. Lääkäriin kysymykset ja potilaan vastaukset. Teoksessa M.-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 49–69.
- Rafaeli, S. 1988. Interactivity: from new media to communication. Teoksessa R. P. Hawkins, J. M. Wiemann & S. Pingree (toim.) *Sage annual review of communication research: Advancing communication science: Merging mass and interpersonal processes*. Beverly Hills: SAGE, 110–134.
- Raivola, R., Valtonen, P. & Vuorensyrjä, M. 2000. Käsitteet, mallit ja indikaattorit koulutuksen tehokkuutta ja vaikuttavuutta arvioitaessa. Teoksessa R. Raivola (toim.) *Vaikutavuutta koulutukseen. Suomen Akatemian koulutuksen vaikuttavuusohjelman tutkimuksia*. Helsinki: Edita, 11–28.
- Rao, J. K., Anderson, L. A., Inui, T. S. & Frankel, R. M. 2007. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients. A systematic review of the evidence. *Medical Care* 45 (4), 340–348.
- Rauste-von Wright, M. & von Wright, J. 1994. Oppiminen ja koulutus. Porvoo: WSOY.
- Rauste-von Wright, M., von Wright, J. & Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. 9. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

- Rees, C. E. & Garrud, P. 2001. Identifying undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning: a pilot study. *Medical Teacher* 23 (4), 400–406.
- Rees, C. & Sheard, C. 2002. The relationship between medical students' attitudes towards communication skills learning and their demographic and educational-related characteristics. *Medical Education* 36, 1017–1027.
- Rees, C. & Sheard, C. 2003. Evaluating first-year medical students' attitudes to learning communication skills before and after a communication skills course. *Medical Teacher* 25, 302–307.
- Rees, C., Sheard, C. & Davies, S. 2002. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Medical Education* 36, 141–147.
- Rees, C., Sheard, C. E. & McPherson, A. C. 2002. A qualitative study to explore undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning. *Medical Teacher* 24 (3), 289–293.
- Rees, C., Sheard, C. & McPherson, A. 2004. Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Education and Counseling* 54, 119–121.
- Rezler, A. G. & Ten Haken, J. 1984. Affect and research in medical education. *Medical Education* 18, 331–338.
- Rider, E. A., Volkan, K. & Hafler, J. P. 2008. Pediatric residents' perceptions of communication competencies: Implications for teaching. *Medical Teacher* 30, e208–e217.
- Roche, A. M., Eccleston, P. & Sanson-Fisher, R. 1996. Teaching smoking cessation skills to senior medical students: a block-randomized controlled trial of four different approaches. *Preventive Medicine* 25, 251–258.
- Rogers, C. R. 1951. *Client centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Roter, D. L., Frankel, R. M., Hall, J. A. & Sluyter, D. 2006. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanism and outcomes. *Journal of General Internal Medicine* 21, S28–S34.
- Roter, D. & Hall, J. 2006. *Doctors talking with patients / patients talking with doctors*. Westport: Praeger.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Barker, L. R., Cole, K. A. & Roca, R. P. 1995. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. *Archives of Internal Medicine* 155, 1877–1884.
- Rouhiainen-Neunhäuserer, M. 2009. Johtajien vuorovaikutusosaaminen ja sen kehittyminen. Johtamisen viestintähaasteet tietoperustaisessa organisaatiossa. *Jyväskylä Studies in Humanities* 128. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Rubin, R. B. 1990. Communication competence. Teoksessa G. M. Phillips & J. T. Wood (toim.) *Speech communication: essays to commemorate the 75th anniversary of the Speech Communication Association*. Carbondale: Southern Illinois University Press, 94–129.
- Rutter, D. & Maguire, P. 1976. History-taking for medical students. II - Evaluation of a training programme. *Lancet* 2, 558–560.
- Ruusuvuori, J. 2000. Control in medical consultation. Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* 16. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ruusuvuori, J. 2001. Miten vastaanotto aloitetaan? Teoksessa M.-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.). *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 27–48.
- Saarni, S. 2005. *Lääkärin etiikka*. 6. painos. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- Saha, H. 2003. *Lääkäri ja potilas*. Teoksessa P. Mustajoki, R. Pelkonen & T. Sane (toim.) *Potilaan tutkiminen*. Helsinki: Duodecim, 7–18.
- Salokekkilä, P. 2011. *Encounters in the health care. The voice of the patient*. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, number 88. Kuopio: University of Eastern Finland.
- Sander, P., Stevenson, K., King, M. & Coates, D. 2000. University students' expectations of teaching. *Studies in Higher Education* 25, 309–323.

- Schön, D. A. 1983. *The reflective practitioner. How professionals think in action.* New York: Basic Books.
- Schön, D. A. 1987. *Educating the reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning in the professions.* San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Shapiro, J. & Hunt, L. 2003. All the world's a stage: the use of theatrical performance in medical education. *Medical Education* 37, 922–927.
- Shephard, K. 2008. Higher education for sustainability: seeking affective learning outcomes. *International Journal of Sustainability in Higher Education* 9 (1), 87–98.
- Simonson, M. & Maushak, N. 2001. Instructional technology and attitude change. Teoksessa D. Jonassen (toim.) *Handbook of research for educational communications and technology.* Mahway: Lawrence Erlbaum Associates, 984–1016.
- Smith, P. & Ragan, T. J. 1999. *Instructional design.* New York: John Wiley & Sons.
- Smith, R. C. & Hoppe, R. B. 1991. The patient's story: integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. *Annals of Internal Medicine* 115, 470–477.
- Smith, S., Hanson, J. L., Tewksbury, L. R., Christy, C., Talib, N. J., Harris, M. A., Beck, G. L. & Wolf, F. M. 2007. Teaching patient communication skills to medical students. A review of randomized controlled trials. *Evaluation & the Health Professions* 30 (1), 3–21.
- Spitzberg, B. H. 2000. What is good communication? *Journal of the Association for Communication Administration* 29, 103–119.
- Spitzberg, B. H. 2003. Methods for interpersonal skill assessment. Teoksessa J. O. Greene & B. R. Burleson (toim.) *Handbook of communication and social interaction skills.* Mahwah: Lawrence Erlbaum, 93–134.
- Spitzberg, B. H. & Cupach, W. R. 2002. Interpersonal skills. Teoksessa M. L. Knapp & J. A. Daly (toim.) *Handbook of interpersonal communication.* 3. painos. London: SAGE, 564–611.
- Stake, R. E. 1994. Case studies. Teoksessa N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (toim.) *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks: SAGE, 236–247.
- Steffe, L. & Gale, J. 1995. *Constructivism in education.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stewart, D. W. & Shamdasani, P. N. 1990. *Focus groups. Theory and practice.* London: Sage.
- Stewart, M. A. 1995. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal* 152 (9), 1423–1433.
- Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C. & Freeman, T. 1993. *Patient-Centred Medicine: transforming the clinical method.* Thousand Oaks: SAGE.
- Street, R. L. Jr. 2003. Interpersonal communication skills in health care contexts. Teoksessa J. O. Greene & B. R. Burleson (toim.) *Handbook of communication and social interaction skills.* Mahwah: Lawrence Erlbaum, 909–933.
- Street, R. L. Jr., Makoul, G., Arora, N. K. & Epstein, R. M. 2009. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling* 74, 295–301.
- Suchman, A. L., Roter, D., Green, M. & Lipkin, M. 1993. Physician satisfaction with primary care office visits. *Medical Care* 31, 1083–1092.
- Sutherland, P. 1997. Experiential learning and constructivism: potential for a mutually beneficial synthesis. Teoksessa Sutherland, P. (toim.) *Adult learning: a reader.* London & Stirling: Kogan Page, 82–92.
- Tan, K. 2007. Conceptions of self-assessment. What is needed for long-term learning? Teoksessa D. Boud & N. Falchikov (toim.) *Rethinking assessment in higher education.* Lontoo: Routledge, 114–127.
- Tate, P. 2010. *The doctor's communication handbook.* 6. painos. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Teddlie, C. & Tashakkori, A. 2009. *Foundations of mixed methods research. Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences.* Los Angeles: SAGE.

- Thompson, T. L. 2003. Provider-patient interaction issues. Teoksessa T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrot (toim.) *Handbook of health communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 91–93.
- Tuomi & Sarajärvi. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelutoimikunta.
- Tynjälä, P. 1999a. Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa A. Eteläpelto & P. Tynjälä (toim.) *Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia*. Porvoo: WSOY, 160–179.
- Tynjälä, P. 1999b. Oppiminen tiedon rakentumisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Tynjälä, P. 1999c. Towards expert knowledge? A comparison between a constructivist and a traditional learning environment in University. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Tynjälä, P., Heikkinen, H. L. T. & Huttunen, R. 2005. Konstruktivistinen oppimiskäsitys oppimisen ohjaamisen perustana. Teoksessa P. Kalli & A. Malinen (toim.) *Konstruktivismi ja realismi*, 20–48.
- Valkonen, T. 2003. Puheviestintätaitojen arviointi. Näkökulmia lukiolaisten esiintymis- ja ryhmätaitoihin. Jyväskylä Studies in Humanities 7. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Valkonen, T. & Suomalainen, E. 2000. Puheviestinnän opiskelijoiden kokemuksia palauteenantajaksi oppimisesta. Teoksessa M. Valo (toim.) *Nykytietoa puheviestinnän opetuksesta*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitos, 206–233.
- Valo, M. 1995a. Taidot puheviestinnän opetuksessa ja tutkimuksessa. Teoksessa M. Valo (toim.) *Haasteita puheviestinnän opetukseen*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 67–81.
- Valo, M. 1995b. Palaute esiintymistaitojen opettamisessa. Teoksessa M. Valo (toim.) *Haasteita puheviestinnän opetukseen*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 99–119.
- Valtioneuvoston asetus yliopistojen tutkinnoista nro 794/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040794>. Viitattu 14.2.2011.
- Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa J. Ruusuvuori & L. Tiittula (toim.) *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Jyväskylä: Vastapaino, 223–241.
- Van Dalen, J., Bartholomeus, P., Kerkhofs, E., Lulofs, R., Van Thiel, J., Rethans, J.-J., Scherpbier, A. J. J. A. & Van Der Vleuten, C. P. M. 2001. Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. *Medical Teacher* 23, 245–251.
- Vanderford, M. L., Stein, T., Sheeler, R. & Skochelak, S. 2001. Communication challenges for experienced clinicians: topics for an advanced communication curriculum. *Health Communication* 13 (3), 261–284.
- Van Ments, M. 1989. The effective use of role-play. A handbook for teachers and trainers. London: Kogan Page.
- Viirret, T. L. 2003. Taiteellis-pedagoginen vaikuttaminen – merkitystasot TIE-työpajassa. Teoksessa H. Heikkinen & T.-L. Viirret (toim.), *Draamakasvatuksen teillä – Tutkimus TIE (Theatre-In-Education) -projektista*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 42–52.
- Vine, C. 1993. TIE and the Theatre of the Oppressed. Teoksessa T. Jackson (toim.) *Learning through theatre – new perspectives on Theatre in Education*. Lontoo: Routledge, 109–127.
- Von Glasersfeld, E. 1995. A constructivist approach to teaching. Teoksessa L. Steffe & J. Gale (toim.) *Constructivism in education*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 3–15.
- Vrchota, D. 2011. Communication in the disciplines: Interpersonal communication in dietetics. *Communication Education* 60 (2), 210–230.
- Vygotsky, L. 1978. *Mind in society*. Cambridge: Harvard University Press.
- Williams, S., Weinman, J. & Dale, J. 1998. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice* 15, 480–492.

- Wilson, S. R. & Sabee, C. M. 2003. Explicating communicative competence as a theoretical term. Teoksessa J. O. Greene & B. R. Burleson (toim.) *Handbook of communication and social interaction skills*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 3–50.
- Wolf, F., Wooliscroft, J., Calhoun, J. & Boxer, G. 1987. A controlled experiment in teaching students to respond to patients' emotional concerns. *Journal of Medical Education* 62, 25–34.
- Wooliscroft, J. O., TenHaken, J., Smith, J. & Calhoun, J. G. 1993. Medical students' clinical self-assessments: comparisons with external measures of performance and the students' self-assessments of overall performance and effort. *Academic Medicine* 68 (4), 285–294.
- Wright, K. B., Bylund, C., Ware, J., Parker, P., Query, J. L. & Baile, W. 2006. Medical student attitudes toward communication skills training and knowledge of appropriate provider-patient communication: a comparison of first-year and fourth-year medical students. *Medical Education Online* 11:18. Tulostettu 24.1.2011. <http://med-ed-online.net/index.php/meo/article/view/4594/4773>.
- Wright, K. B., Sparks, L. & O'Hair, D. 2008. *Health communication in the 21st century*. Malden: Blackwell Publishing.
- Ünalan, P., Uzuner, A., Gifçili, S., Akman, M., Hancıoğlu, S. & Thulesius, H. 2009. Using theatre in education in a traditional lecture oriented medical curriculum. *BMC Medical Education*. Tulostettu 7.12.2011. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/9/73>
- Østern, A.-L. 2000. Draamapedagogiikan genret pohjoismaisten opetussuunnitelmien valossa. Teoksessa P. Teerijoki (toim.) *Draaman tiet -Suomalainen näkökulma. Opetuksen perusteita ja käytänteitä* 35. Jyväskylän yliopisto, opettajankoulutuslaitos, 4–26.
- Østern, A.-L. 2001. Teatterin merkitys kautta aikojen lasten ja nuorten näkökulmasta. Teoksessa P. Korhonen & A.-L. Østern (toim.) *Katarsis. Draama, teatteri ja kasvatus*. Atena: Jyväskylä, 15–45.
- Østern, A.-L. 2007. The future of arts education – a European perspective. *Journal of Artistic and Creative Education* 1, 222–248.
- Østern, A.-L. & Heikkinen, H. 2001. The aesthetic doubling. A central concept for the theory of drama education? Teoksessa B. Rasmussen, T. Kjølner, V. Rasmusson & H. Heikkinen (toim.) *Nordic Voices in drama theatre and education*. Bergen: IDEA publications, 110–123.

LIITE 1 Puheviestinnän opetuskokeilun eteneminen ja tutkimusaineiston kerääminen

Opetuskokeilun suunnittelu tiimityönä

- Opettajien kokoukset (puheviestinnän lehtori, lääketieteen opettajat)
- Aiempaan tutkimukseen ja erilaisiin lääketieteen vuorovaikutuskoulutusten toteutustapoihin perehtyminen
- Oppimateriaalin valmistaminen (potilastapausten valmistelu, DVD:n suunnittelu ja kuvaaminen, ohjeiden ja tietoisuuksien kirjoittaminen)
- Harrastajanäyttelijöiden ja ohjaajien rekrytointi ja kouluttaminen
- Opetustilojen varaaminen, tarvikkeiden suunnittelu ja hankinta
- Opiskelijoiden ryhmäjaot, tiedotus opiskelijoille



Puheviestinnän opetuskokeilun eteneminen

Kaikki 1 h info: opintojakson tavoitteet, sisällöt, tehtävät, aikataulu ja lukutehtävä	Kaikki - 2 h - 7 ryhmää - Lääkärin vuorovaikutus- osaamiseen liittyvien käsitysten ja aiempien haastattelu- kokemusten reflektointi kirjallisesti ja suullisesti - Tietoisku lääkäri- potilas vuorovaikutuksesta - Palautteen pelisääntöjen sopiminen - DVD:n analysointi - Taitotavoitteiden asettaminen	Ryhmä A - 2x2 h - Työpajateatteri - 13–16 hlöä / pienryhmä Ryhmä B - 2x2 h - Simuloidut potilaat - 5–6 hlöä / pienryhmä Ryhmä C - 2x2 h - Roolipeli - 5–6 hlöä / pienryhmä	Kaikki Terveys- keskuspäivät Itsenäinen analysointi- tehtävä Tavoitteena havainnoida ja analysoida aitoja lääkärin ja potilaan välisiä vuorovaikutus- tilanteita ja kirjoittaa havainnoista raportti	Kaikki - 2 h - 7 ryhmää - Analysointi- tehtävien purku - Jokainen pohti käsityksiään lääkärin tarvitsemasta vuorovaiku- tusosaami- sesta, asenteitaan vuorovaiku- tustaitojen oppimista kohtaan sekä arvioi oppimistaan
--	--	--	--	--



- Vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittari (ennen opetuksen alkua)



- Vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittari (opetuksen jälkeen)
- Kyselylomake
- Täsmäryhmähaastattelut

LIITE 2 Työpajateatterikokonaisuuden eteneminen

1. Suunnitteluvaihe	2. Työpajateatterin toteutus lääketieteen opiskelijoiden kanssa			
<i>Suunnittelun kulku</i>	<i>Lämmittely</i>	<i>Näytelmä</i>	<i>Sovellettu</i>	<i>Reflektio</i>
- Sisällön ja tavoitteiden suunnittelu ja valinta	- Draama-sopimus	- Esiintyjinä harrastajinäyttelijät	<i>foorumiteatteri</i>	- Neuvojen antaminen
- Käsikirjoitusten laatiminen aitojen potilastapausten pohjalta (päänsärky ja flunssa)	- Pelit	- Sisälsivät vuorovaikutus-haasteita (esim. lääkäri ei kuunnellut keskittyneesti, ei pitänyt katsekontaktia potilaaseen)	- Parikeskustelut	- lääkäri-näyttelijälle ja potilas-näyttelijälle
- Dramaturgisten keinojen valinta ja näytelmien harjoittelemine	- Improvisatio	- Näytelmä päättyi konfliktiin lääkärin ja potilaan välillä	- Kuuma tuoli (lääkäri-näyttelijän haastattelu)	- Oman viestintätyylin reflektointi
- Draamakasvatuksen työtapojen valinta	- Patsas-kuvat		- Foorumiteatteri (näytelmän pysäyttäminen ja erilaisten vaihtoehtojen kokeileminen)	- Ryhmä-keskustelu
			- Vapaaehtoinen lääkärin roolissa oleminen (roolin vaihto lääkäri-näyttelijän kanssa)	

LIITE 3 Vuorovaikutusharjoituksen eteneminen simuloitujen potilaiden tai roolipelin avulla

1. Harjoituksen vaihe	2. Simuloitujen potilaiden / roolipelin toteutus lääketieteen opiskelijoiden kanssa
<i>Orientaatio</i>	Opiskelija, joka oli vuorollaan lääkärin roolissa, kertoi toisille asettamansa taitotavoitteen. Hän pukeutui lääkärin valkoiseen takkiin ja valmistautui kohtaamaan potilaan. Muut opiskelijat havainnoivat vuorovaikutusharjoitusta palautekorttien avulla. Kullakin opiskelijalla oli yksi palautekortti, joko kuunteleminen, kysymysten käyttö, nonverbaalinen viestintä, suhteen luominen potilaaseen tai vastaanoton rakenne. Palautekortteihin oli tiivistetty vuorovaikutusharjoituksen havainnointiohjeet sekä lääkärin vuorovaikutustaidoista tehtyjen tutkimusten tuloksia.
<i>Simuloitu potilas / roolipeli</i>	Lääkärin roolissa ollut opiskelija aloitti harjoituksen avaamalla oven ”lääkärin vastaanotolle”. Harrastajanäyttelijä / opiskelijatoveri oli potilaan roolissa. Potilaan roolia varten hänelle oli annettu etukäteen potilaskortti, jossa kuvattiin lyhyesti potilaan ikä, sukupuoli, elämäntilanne sekä vastaanotolle hakeutumisen syy. Potilastapausten aiheina olivat flunssa, päänsärky, alkoholin käyttö, stressi, astma, unettomuus, selkäkipu ja verenpaine. Potilastapaukset perustuivat aitoihin potilastapauksiin ja ne oli sovitettu lääketieteen opiskelijoiden tietotasoon sopiviksi.
<i>”Kilauta kollegalle”</i>	Mikäli lääkärin roolissa ollut opiskelija halusi, hän saattoi keskeyttää vuorovaikutusharjoituksen sanomalla ”seis”. Tämä tarkoitti kollegalle kilauttamista, jolloin toiminta ”lääkärin vastaanotolla” pysähtyi eli lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen tuli tauko. Lääkärin roolissa ollut opiskelija sai keskustella vertaisryhmän jäsenten kanssa potilastapauksesta ja siitä, kuinka potilaan haastattelemista voisi jatkaa. Opiskelijoilla oli siis mahdollisuus pohtia erilaisia toimintavaihtoehtoja ja ehdottaa erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja potilashaastattelun eteenpäin viemiseksi.
<i>Harjoituksen jatkaminen</i>	Keskustelun jälkeen lääkärin roolissa ollut opiskelija sai jatkaa harjoituksen loppuun. Tavoitteena oli lopettaa harjoitus siihen, kun opiskelija itse koki saaneensa riittävästi tietoja potilaasta.
<i>Itsearviointi</i>	Harjoituksen jälkeen lääkärin roolissa ollut opiskelija sai ensimmäisenä arvioida omaa toimintaansa ja taitotavoitteensa toteutumista.
<i>Palautekeskustelut</i>	Itsearvion jälkeen potilaan roolissa ollut harrastajanäyttelijä / opiskelijatoveri antoi palautetta lääkärinä toimineelle opiskelijalle potilaan näkökulmasta. Tämän jälkeen opiskelijatoverit antoivat palautetta lääkärinä toimineelle opiskelijalle palautekorttien avulla. Lopuksi opettaja osallistui palautekeskusteluun, kertoi omat kommenttinsa sekä kokosi yhteen keskustelun pääkohdat.

LIITE 4 Kyselylomake

Hyvä lääketieteen opiskelija,

Kuopion yliopistossa kehitetään puheviestinnän opintoja. Opetuksen kehittämiseksi on tärkeää selvittää opiskelijoiden näkemys vuorovaikutusosaamisen oppimisesta lääketieteen opinnoissa. Täten pyydän Sinua vastaamaan oheiseen vuorovaikutusosaamisen oppimiseen liittyvään kyselyyn. Kyselyllä kerään tietoa puheviestinnän väitöskirjatyötä varten, jossa tarkastelen lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä puheviestinnän opetuksessa käytetyistä oppimismenetelmistä, asenteita vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan sekä itsearvioituja oppimistuloksia.

Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti eikä henkilötietojasi paljasteta. Tutkimusaineistoa ei missään vaiheessa luovuteta muiden kuin tutkijan käyttöön.

Kaikkien vastaukset ovat erittäin tärkeitä, jotta tutkimus antaisi mahdollisimman luotettavan kuvan lääketieteen opiskelijoiden näkemyksistä. Toivonkin, että annat suostumuksesi käyttäjä vastauksesi tutkimusaineistona.

Kiitos vastauksestasi jo etukäteen!

Kuopiossa 12.10.2006

Jonna Mönkkönen
puheviestinnän lehtori, jatko-opiskelija
jonna.monkkonen@uku.fi puh. 017 162828

Väitöskirjatyöni ohjaajat ovat:

Professori, dosentti Pekka Isotalus, Tampereen yliopisto, puheopin laitos

Dosentti Eeva Pyörälä

Vuorovaikutusopinnojen yliopistonlehtori, Helsingin yliopisto, lääketieteellisen koulutuksen tuki- ja kehittämissyksikkö

1. Vastaaajien taustatiedot

Sukupuoli (ympyröi oikea vaihtoehto)

1 mies 2 nainen

Syntymävuosi 19____

Vuosikurssi (ympyröi oikea vaihtoehto)

1 2 3 4 5 6

Puheviestinnän opetuksen ryhmän numero (ympyröi oikea vaihtoehto)

1 2 3 4 5 6 7

Vastaustani saa käyttää tutkimustarkoituksiin (ympyröi oikea vaihtoehto)

1 kyllä 2 ei

Nimesi (vapaaehtoinen): _____

2. Oppiminen

Kirjoita vapaasti, mitä koet oppineesi lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta puheviestinnän opetuksessa. Vastaa yksityiskohtaisesti ja perusteellisesti. Tekstilaatikossa on runsaasti kirjoitustilaa (65 500 merkkiä).

Kirjoita vapaasti, millaisia vuorovaikutustaitoja koet oppineesi puheviestinnän opetuksessa. Vastaa yksityiskohtaisesti ja perusteellisesti. Tekstilaatikossa on runsaasti kirjoitustilaa (65 500 merkkiä).

3. Oppimismenetelmät

Puheviestinnän opetuksessa käytettiin kolmea erilaista oppimismenetelmää: työpajateatteria, potilashaastatteluharjoituksia harrastajanäyttelijöiden kanssa sekä potilashaastatteluharjoituksia vertaisryhmän jäsenten kanssa. Arvioi sitä menetelmää, jota sinun ryhmässäsi käytettiin.

A. Työpajateatteri

Työpajateatteri (ryhmät 1,2,3). Kirjoita vapaasti ja pohdi, kuinka menetelmä soveltui puheviestinnän oppimiseen. Edistikö oppimismenetelmä oppimistasi? Haittasiko oppimismenetelmä oppimistasi? Vastaa yksityiskohtaisesti ja perusteellisesti.

Työpajateatteri soveltui puheviestinnän oppimiseen mielestäni (ympyröi sopivin vaihtoehto)

- 1 = erittäin huonosti
- 2 = melko huonosti
- 3 = ei huonosti muttei hyvinkään
- 4 = melko hyvin
- 5 = erittäin hyvin

B. Potilashaastatteluharjoitukset harrastajanäyttelijöiden kanssa

Potilashaastatteluharjoitukset harrastajanäyttelijöiden kanssa (ryhmät 4,5). Kirjoita vapaasti ja pohdi, kuinka menetelmä soveltui puheviestinnän oppimiseen. Edistikö oppimismenetelmä oppimistasi? Haittasiko oppimismenetelmä oppimistasi? Vastaa yksityiskohtaisesti ja perusteellisesti.

Potilashaastatteluharjoitukset näyttelijöiden kanssa soveltuivat puheviestinnän oppimiseen mielestäni (ympyröi sopivin vaihtoehto)

- 1 = erittäin huonosti
- 2 = melko huonosti

3 = ei huonosti muttei hyvinkään

4 = melko hyvin

5 = erittäin hyvin

C. Potilashaastatteluharjoitukset vertaisryhmässä

Potilashaastatteluharjoitukset vertaisryhmässä (ryhmät 6, 7). Kirjoita vapaasti ja pohdi, kuinka menetelmä soveltui puheviestinnän oppimiseen. Edistikö oppimismenetelmä oppimistasi? Haittasiko oppimismenetelmä oppimistasi? Vastaa yksityiskohtaisesti ja perusteellisesti.

Potilashaastatteluharjoitukset vertaisryhmässä soveltuivat puheviestinnän oppimiseen mielestäni (ympyröi sopivin vaihtoehto)

1 = erittäin huonosti

2 = melko huonosti

3 = ei huonosti muttei hyvinkään

4 = melko hyvin

5 = erittäin hyvin

Millaista oli kurssin opettajien toiminta?

Mitä muuta haluat sanoa?

4. Opetuksen kehittäminen

Puheviestinnän kurssin laajuus on 1 op ja se jakaantuu kahdelle ensimmäiselle vuodelle. Onko opetusta tällä hetkellä mielestäsi riittävästi? (ympyröi sopivin vaihtoehto)

1 Kyllä 2 Ei

Perustele edellinen vastauksesi tekstilaatikkoon.

Millaisia ehdotuksia sinulla on lääketieteen puheviestinnän opetuksen kehittämiseksi?

Millaisia opetusmenetelmiä lääketieteen puheviestinnän opetuksessa tulisi mielestäsi jatkossa käyttää?

Osallistuisitko opintojesi myöhemmässä vaiheessa valinnaiselle kurssille, jonka tavoitteena on lääkärin vuorovaikutusosaamisen kehittäminen?

1 Kyllä 2 En

LIITE 5 Täsmäryhmähaastattelujen runko

Aiheen esittely ja menettelytavat

Osallistujien esittelykierros

I Aloitus ja orientoituminen haastatteluaiheeseen

Millaisia odotuksia teillä oli ennen puheviestinnän osuuden alkamista?
Millainen yleisvaikutelma teille jäi puheviestinnän opetuksesta?

II Näkemykset oppimismenetelmistä (ryhmästä riippuen käsiteltiin työpajateatteriin, simuloituihin potilaisiin tai roolipeliin liittyneitä näkemyksiä)

Millainen kokemus oli harjoitella vuorovaikutusosaamista työpajateatterin / simuloitujen potilaiden / roolipelin avulla?

Mitä mieltä olitte potilastapauksista / näytelmästä?
Olivatko potilastapaukset / näytelmät riittävän haastavia vai liian helppoja?
Olivatko potilastapaukset / näytelmät uskottavia?
Mitä mieltä olitte harrastajanäyttelijöiden toiminnasta? (simuloidut potilaat, työpajateatteri)

Minkälainen kokemus oli toimia lääkärin roolissa?
Vaihdoitteko lääkärin rooliin ja millaista se oli? (työpajateatteri)
Kilauttiko kukaan kollegalle? (roolipeli, simuloidut potilaat)
Minkälainen kokemus oli toimia potilaan roolissa? (roolipeli)

Oliko näytelmiin helppo keksiä muutosehdotuksia? (työpajateatteri)

Kuinka palautekortit toimivat palautekeskusteluissa tai näytelmän havainnoinnissa?
Millainen kokemus teille jäi ryhmän toiminnasta? Entä opettajan toiminnasta?

Miten arvioisitte tämän menetelmän soveltuvuutta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen? Mikä siinä oli hyvää ja mikä huonoa?
Millaisia tunteita nämä harjoitukset herättivät?

III Lopetus ja keskustelun kokoaminen

Olemme nyt keskustelleet puheviestinnän opetuksesta ja erityisesti opetuksessa käytetyistä menetelmistä. Haluaisitteko vielä kommentoida, millaisia menetelmiä lääketieteen puheviestinnän opetuksessa tulisi teidän mielestänne jatkossa käyttää ja mitä ei pitäisi käyttää?

Haluaisitteko vielä sanoa jotain muuta mikä oli mielessä, mutta mitä ette vielä ennättäneet sanoa? Haluaisitteko vielä lisätä jotain, mitä ette ole vielä kertoneet?
Haluaisitteko vielä tarkentaa jotakin asiaa?

Kiittäminen

LIITE 6 Vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittari

Alkuperäinen lähde: Rees, C., Sheard, C. & Davies, S. 2002. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). Medical Education 36, 141-147.

Professori Charlotte Reesin luvalla CSAS-mittari on käännetty suomeksi 8.9.2006

Kääntäjä: Jonna Koponen (os. Mönkkönen), jonnapauliina.koponen@uef.fi, Viestinnän, median ja teatterin yksikkö, Tampereen yliopisto

Vuorovaikutustaitojen oppimisen asennemittari

1. Vastaajien taustatiedot

Sukupuoli (ympyröi oikea vaihtoehto)

1 mies 2 nainen

Syntymävuosi 19____

Vuosikurssi (ympyröi oikea vaihtoehto)

1 2 3 4 5 6

Puheviestinnän opetuksen ryhmän numero (ympyröi oikea vaihtoehto)

1 2 3 4 5 6 7

Vastaustani saa käyttää tutkimustarkoituksiin (ympyröi oikea vaihtoehto)

1 kyllä 2 ei

Nimesi (vapaaehtoinen): _____

Lue alla olevat vuorovaikutustaitojen oppimiseen liittyvät väittämät. Mieti oletko samaa vai eri mieltä väittämien kanssa ja vastaa kysymykseen ympäröimällä sopivin vaihtoehto.

Vaihtoehdot tarkoittavat:

1 = täysin eri mieltä

2 = eri mieltä

3 = ei samaa, muttei eri mieltäkään

4 = samaa mieltä

5 = täysin samaa mieltä

	täysin eri mieltä	eri mieltä	ei samaa, muttei eri mieltäkään	samaa mieltä	täysin samaa mieltä
1. Ollakseni hyvä lääkäri minulla täytyy olla hyvät vuorovaikutustaidot	1	2	3	4	5
2. Mielestäni vuorovaikutustaitojen oppimisessa ei ole järkeä	1	2	3	4	5
3. Kukaan ei tule hylätyksi lääketieteen opinnoissa huonojen vuorovaikutustaitojen takia	1	2	3	4	5
4. Vuorovaikutustaitojeni kehittäminen on aivan yhtä tärkeää kuin lääketieteellisen tietämykseni kehittäminen	1	2	3	4	5
5. Vuorovaikutustaitojen oppiminen on auttanut tai auttaa minua kunnioittamaan potilaita	1	2	3	4	5
6. Minulla ei ole aikaa opiskella vuorovaikutustaitoja	1	2	3	4	5
7. Vuorovaikutustaitojen oppiminen on mielenkiintoista	1	2	3	4	5
8. En jaksu tulla paikalle vuorovaikutustaitojen opetukseen	1	2	3	4	5
9. Vuorovaikutustaitojen oppiminen on auttanut tai auttaa minua parantamaan tiimityötaitojani	1	2	3	4	5
10. Vuorovaikutustaitojen oppiminen on parantanut kykyäni viestiä potilaiden kanssa	1	2	3	4	5
11. Vuorovaikutustaitojen opetuksessa todetaan itsestäänselvyyksiä ja sitten tehdään niistä monimutkaisia asioita	1	2	3	4	5

12. Vuorovaikutustaitojen oppiminen on hauskaa	1	2	3	4	5
13. Vuorovaikutustaitojen oppiminen on liian helppoa	1	2	3	4	5
14. Vuorovaikutustaitojen oppiminen on auttanut tai auttaa minua kunnioittamaan kollegoitani	1	2	3	4	5
15. Minun on vaikea luottaa vuorovaikutukseen liittyvään tietoon, jos kuulen sen ei-kliiniseltä opettajalta	1	2	3	4	5
16. Vuorovaikutustaitojen oppiminen on auttanut tai auttaa minua huomioimaan potilaiden oikeuksia, jotka liittyvät luottamuksellisuuteen ja potilaan suostumukseen	1	2	3	4	5
17. Vuorovaikutustaitojen opetuksella olisi parempi maine, jos se kuulostaisi enemmän tieteelliseltä aineelta	1	2	3	4	5
18. Kun hain opiskelemaan lääketiedettä, ajattelin että olisi hyvä oppia vuorovaikutustaitoja	1	2	3	4	5
19. En tarvitse hyviä vuorovaikutustaitoja ollakseni lääkäri	1	2	3	4	5
20. Minun on vaikea myöntää, että minulla on ongelmia vuorovaikutustaitojen kanssa	1	2	3	4	5
21. Mielestäni on hyödyllistä opiskella vuorovaikutustaitoja osana lääketieteellistä tutkintoa	1	2	3	4	5
22. Valmistumiseeni vaikuttaa kykyäni päästä tenteistä läpi eikä kykyäni viestiä	1	2	3	4	5
23. Vuorovaikutustaitojen oppiminen soveltuu lääketieteen opiskeluun	1	2	3	4	5
24. Minun on vaikea ottaa vuorovaikutustaitojen oppimista vakavasti	1	2	3	4	5
25. Vuorovaikutustaitojen oppiminen on tärkeää, koska viestintätaitoni ovat elinikäisiä taitoja	1	2	3	4	5
26. Vuorovaikutustaitojen oppiminen pitäisi jättää psykologian opiskelijoille, ei lääketieteen opiskelijoille	1	2	3	4	5

Positiivisiin asenteisiin liittyvät kysymykset 4, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 21, 23, 25 sekä kysymys 22 käännettynä.

Negatiivisiin asenteisiin liittyvät kysymykset 2, 3, 6, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 24, 26 sekä kysymys 1 käännettynä.

LIITE 7. Työpajateatterin, simuloitujen potilaiden ja roolipelin käyttöön liittyvät pedagogiset mahdollisuudet ja haasteet

	Työpajateatteri	Simuloidut potilaat	Roolipeli
<i>Mahdollisuudet</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Työpajan ja näytelmän sisältö voidaan suunnitella opetuksen kohderyhmän, teeman, tavoitteiden ja keston mukaan. - Soveltuu asiantuntijan ja asiakkaan / potilaan välisen vuorovaikutussuhteen havainnointiin ja analysointiin. - Soveltuu vapaaehtoiseen taitoharjoitteluun ja mahdollistaa useiden opiskelijoiden toiminnan lääkärin roolissa. - Mahdollistaa turvallisen harjoittelun ilman pelkoa siitä, että harjoituksista olisi haittaa aidoille potilaille / asiakkaille. - Koetaan turvalliseksi harjoittelumuodoksi. - Mahdollistaa suuren ryhmäkoon. - Korostaa ryhmätoimintaa ja ryhmän yhteistä ongelmanratkaisuprosessia. - Mahdollistaa useiden ratkaisu- ja toimintavaihtoehtojen kokeilun. - Potilaan / asiakkaan tilannetta voidaan tarkastella draamakasvatuksen työtavoilla. 	<ul style="list-style-type: none"> - Potilas- tai asiakasroolit voidaan suunnitella opetuksen kohderyhmän, teeman, tavoitteiden ja keston mukaan. - Soveltuu asiantuntijan ja asiakkaan / potilaan välisen vuorovaikutussuhteen havainnointiin ja analysointiin. - Soveltuu henkilökohtaiseen taitoharjoitteluun. - Mahdollistaa turvallisen harjoittelun ilman pelkoa siitä, että harjoituksista olisi haittaa aidoille potilaille / asiakkaille. - Mahdollistaa potilas- tai asiakastapausten standardoinnin arviointitarkoituksia varten. - Mahdollistaa monipuolisen ja henkilökohtaisen palautteen saamisen. - Mahdollistaa harjoitusten toiston ja keskittymisen tiettyjen vuorovaikutustaitojen harjoitteluun. - Mahdollistaa ryhmän yhteisen ongelmanratkaisuprosessin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Potilas- tai asiakasroolit voidaan suunnitella opetuksen kohderyhmän, teeman, tavoitteiden ja keston mukaan. - Soveltuu asiantuntijan ja asiakkaan / potilaan välisen vuorovaikutussuhteen havainnointiin ja analysointiin. - Soveltuu henkilökohtaiseen taitoharjoitteluun. - Mahdollistaa turvallisen harjoittelun ilman pelkoa siitä, että harjoituksista olisi haittaa aidoille potilaille / asiakkaille. - Mahdollistaa monipuolisen ja henkilökohtaisen palautteen saamisen. - Mahdollistaa harjoitusten toiston ja keskittymisen tiettyjen vuorovaikutustaitojen harjoitteluun. - Koetaan rennoksi ja turvalliseksi harjoittelumuodoksi. - Opetusjärjestelyt ja harjoitusten koordinointi voidaan toteuttaa suhteellisen nopeasti ilman erillisiä resursseja.

<p>Haasteet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vaatii resursseja näyttelijöiden palkkioihin. - Opetusjärjestelyt ja koordinointi vaativat runsaasti aikaa. - Edellyttää osallistujilta riittävää oman alan tietotasoa. - Edellyttää ohjaajalta perehtyneisyyttä draamaan taidemuotona ja työpajateatteriin opetusmuotona, taitoa käsikirjoittaa pienoishäytelmiä, taitoa rakentaa merkityksiä erilaisten dramaturgisten ratkaisujen avulla sekä erityistä taitoa olla vuoropuhelussa ryhmän kanssa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaatii resursseja näyttelijöiden palkkioihin sekä heidän koulutukseensa. - Opetusjärjestelyt ja koordinointi vaativat runsaasti aikaa. - Koetaan jännittäväksi harjoittelumuodoksi. - Edellyttää osallistujilta riittävää oman alan tietotasoa. - Edellyttää ohjaajalta perehtyneisyyttä simuloitujen potilaiden opetuskäyttöön, taitoa valikoida ja kouluttaa harrastajanäyttelijät sekä taitoa laatia vuorovaikutusharjoituksiin soveltuvat potilastapaukset yhteistyössä asiantuntija-alan opettajien kanssa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Opiskelijatoveri potilaan roolissa voi vaikuttaa epärealistiselta, mikä vaikeuttaa vuorovaikutustaitojen harjoittelua. - Opiskelijoille tulisi antaa riittävästi aikaa perehtyä valmiiksi kirjoitettuihin potilasrooleihin. - Edellyttää osallistujilta riittävää oman alan tietotasoa. - Edellyttää ohjaajalta perehtyneisyyttä roolipelin opetuskäyttöön, taitoa laatia vuorovaikutusharjoituksiin soveltuvat potilastapaukset yhteistyössä asiantuntija-alan opettajien kanssa sekä taitoa ohjata ja rohkaista opiskelijoita eläytymään potilaan rooliin ja asemaan.
--	--	--

LÄÄKETIETEEN OPISKELIJOIDEN NÄKEMYKSIÄ TYÖPAJATEATTERISTA

Jonna Koponen, Tampereen yliopisto, Puheopin laitos
Eeva Pyörälä, Helsingin yliopisto, Lääketieteellisen
koulutuksen tuki- ja kehittämissyksikkö
Pekka Isotalus, Tampereen yliopisto, Puheopin laitos

Lääketieteellisen alan opiskelijoiden ja asiantuntijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa kokemukselliset oppimismenetelmät ovat osoittautuneet tehokkaammiksi kuin ohjeiden antamiseen perustuvat menetelmät. Kuitenkaan osallistavan draamakasvatuksen genrejä, kuten työpajateatteria, ei ole juurikaan sovellettu lääketieteen vuorovaikutuskoulutukseen eikä lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä työpajateatterista ole aikaisemmin tarkasteltu. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja ymmärtää lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoiden (N = 43) näkemyksiä työpajateatterin erityispiirteistä sekä menetelmän soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Tutkimusaineisto kerättiin puheviestinnän opetuskokeilun yhteydessä kyselylomakkeen ja täsmäryhmähaastattelun avulla. Aineistosta laskettiin vastausten jakauma ja prosenttiosuudet. Avointen kysymysten sekä täsmäryhmähaastattelun analysoinnissa käytettiin laadullista sisällön analyysiä. Tulokset osoittivat, että 86 % vastaajista piti työpajateatterin soveltuvuutta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen joko hyvänä tai erittäin hyvänä. Pieni osa vastaajista (5 %) koki työpajateatterin soveltuvan huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Työpajateatteri näyttäisi mahdollistavan oppimisen erityisesti havainnoimalla vuorovaikutusta näytelmän katsomisvaiheessa sekä sovelletun foorumiteatterin aikana. Toiseksi työpajateatteri vaikuttaisi stimuloivan toiminnanaikaista ryhmässä tapahtuvaa reflektointia. Kolmanneksi menetelmä tarjosi mahdollisuuden harjoitella vuorovaikutustaitoja lääkärin roolissa vapaaehtoisesti. Tulokset rohkaisevat soveltamaan työpajateatteria jatkossakin lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa sekä kehittämään menetelmää edelleen.

Asiasanat: Vuorovaikutusosaaminen, lääketieteen opiskelijat, työpajateatteri.

Kirjoittajien yhteystiedot:

Jonna Koponen

Tampereen yliopisto, Puheopin laitos

33014 Tampereen yliopisto

Sähköposti: jonnapauliina.koponen@uef.fi

Eeva Pyörälä

Helsingin yliopisto, Lääketieteellisen koulutuksen

tuki- ja kehittämissyksikkö

Pekka Isotalus

Tampereen yliopisto, Puheopin laitos

JOHDANTO

Tänä päivänä lääketieteellisen alan asiantuntija tarvitsee työssä menestyäkseen sekä laajojen tietokokonaisuuksien hallintaa että vuorovaikutusosaamista. Lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus on noussut kiinnostavaksi tutkimusaiheeksi viimeisten 30 vuoden aikana (Cegala & Broz, 2003: 95). Tutkimuksissa

on havaittu, että lääkärin ja potilaan välinen tarkoituksenmukainen ja tilanteeseen nähden sopiva vuorovaikutus on yhteydessä potilaan kokemaan hoitotyytyväisyyteen, hoitomyöntyvyyteen, hoito-ohjeiden ymmärtämiseen ja muistamiseen sekä parempiin hoitotuloksiin (Ong, De Haes, Hoos & Lammes, 1995). Lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen onnistuminen on yhteydessä myös potilasvalitusten vähenemiseen (Brown, Steward & Ryan, 2003) ja lääkärin parempaan työssä jaksamiseen (du Pré, 2001).

Vaikka vuorovaikutuksen merkitys lääkäri-potilassuhteessa ja hoidon onnistumisessa on tunnistettu, lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutukseen on kiinnitetty laajemmin huomiota vasta viime vuosikymmeninä. 1980-luvulla esitettiin, että vuorovaikutustaitoja tulisi systemaattisesti opettaa lääkärikoulutuksessa, ja 1990-luvun aikana vuorovaikutusopinnot vakiintuivat sekä Suomessa että ulkomailla osaksi lääkäreiden peruskoulutusta (Makoul, 2003; Pyörälä, 2006). Lääketieteen asiantuntijoiden ja opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen kouluttamista, opettamista ja oppimista on sittemmin tutkittu runsaasti. Tutkimuksissa on todettu, että vuorovaikutustaitoja kehittäväille kurssille osallistuneet lääketieteellisen alan asiantuntijat ja opiskelijat ovat oppineet vuorovaikutustaitoja kyseisessä koulutuksessa (Aspegren, 1999; Cegala & Broz, 2003; Fallowfield ym., 2002; Humphris & Kaney, 2001; Rutter & Maquire, 1976).

Kun lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutusta tarkastellaan puheviestintätieteen näkökulmasta, on syytä korostaa koko vuorovaikutusosaamisen kehittämistä. Vuorovaikutusosaamiseen liitetään usein kolme toisiinsa yhteydessä olevaa osatekijää: tieto, taito ja motivaatio (Rubin, 1990; Spitzberg & Cupach, 2002; Wilson & Sabee, 2003). Vuorovaikutusosaamiseen kuuluu 1) tieto tehokkaasta ja tarkoituksenmukaisesta viestin-

täkäyttäytymisestä, 2) taitorepertuaari, johon sisältyvät tehokkaat ja tarkoituksenmukaiset tavat viestiä, sekä 3) motivaatio käyttäytyä siten, että vuorovaikutuksen kaikki osapuolet pitävät viestintäkäyttäytymistä tehokkaana ja tarkoituksenmukaisena (Rubin, 1990: 96). Lisäksi siihen on liitetty viestinnän metakognitiiviset taidot sekä sellaisten viestinnän eettisten periaatteiden noudattaminen, jotka eivät vaaranna viestintäsuhteita eivätkä loukkaa toisia osapuolia (Valkonen, 2003: 26, 33–39). Lääkärin työssä on keskeistä myös taito muodostaa ja ylläpitää tasavertainen, toista osapuolta kunnioittava ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde, joka huomioi herkästi ja kattavasti potilaan näkökulman ja mahdollistaa näin hoitotavoitteisiin pääsyn (Mönkkönen & Finstad, 2007:43–45, 58).

Lääkäreitä koulutetaan Suomessa viidessä eri yliopistossa. Yliopisto-opetuksessa korostetaan tänä päivänä oppijakeskeisyyttä sekä vuorovaikutukseen ja ryhmätyöskentelyyn perustuvia oppimismenetelmiä (Gerlander, Hyvärinen, Almonkari & Isotalus, 2009). Kokemukseen perustuvat ja oppijakeskeiset oppimismenetelmät ovat osoittautuneet tehokkaammiksi vuorovaikutustaitojen oppimisessa kuin ohjeiden antamiseen perustuvat menetelmät (Aspegren, 1999: 563–568). Kokemuksellisista oppimismenetelmistä lääketieteen opetuksessa laajalti käytettyjä ovat simuloitunut potilaat (simulated patients) ja roolipelit (role-play) (Lane & Rollnick, 2007; May, Park & Lee, 2009). Simuloitunut potilaat ja roolipeli mahdollistavat vuorovaikutustaitojen harjoittelun turvallisessa ympäristössä, eikä harjoittelusta koidu haittaa oikeille potilaille. Toisaalta simuloitujen potilaiden käyttö opetuksessa vaatii resursseja, sillä näyttelijöille täytyy maksaa palkkiot, ja vaikka simuloitunut potilaat ovat hyvin lähellä aitoja potilaita, opiskelijat saattavat silti kokea heidät epärealistisina ja myös jännittää vuorovaikutustaitojen harjoittelua heidän kanssaan (Hoffman,

Utley & Ciccarone, 2008; Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Mönkkönen, Pyörälä & Iso-talus, 2007). Lääketieteen opiskelijat voivat kokea myös roolipelin epärealistisena harjoittelumuotona, minkä on koettu heikentävän oppimista (Nestel & Tierney, 2007).

Asetelma roolipelissä ja simuloituissa potilashaastatteluharjoituksissa voidaan nähdä teatterin kaltaisena, koska osa toimii rooleissa tietyssä tilanteessa toisten seurattessa tapahtumia yleisöstä (Jacobsen, Baerheim, Lepp & Schei, 2006). Teatteriesitystä on käytetty lääketieteen opetuksessa, ja esimerkiksi tiettyä sairautta kuvanneen teatteriesityksen katsominen lisäsi katsojissa empatiaa ja ymmärrystä potilasta kohtaan (Shapiro & Hunt, 2003). Improvisaation tekniikoita on hyödynnetty ensimmäisen vuoden lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa, ja opiskelijat ovat kokeneet improvisaation hauskaksi ja tehokkaaksi tavaksi oppia vuorovaikutusta (Hoffman ym., 2008). Foorumiteatteria on kokeiltu onnistuneesti vapaaehtoisten yliopisto-opiskelijoiden kanssa kurssilla, jonka tavoitteena oli harjoitella esiintymistaitoja sekä laajentaa ymmärrystä kehonkuvasta ja syömistottumuksista (Howard, 2004). Kuitenkaan osallistavan draamakasvatuksen genrejä, joihin Heikkisen (2005) mukaan kuuluvat prosessidraama (ks. O'Neill, 1995), työpajateatteri (ks. Jackson, 1993) ja foorumiteatteri (ks. Boal, 1992; 1995), ei ole juurikaan sovellettu lääketieteen vuorovaikutuskoulutukseen. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutukseen sovellettua kokemuksellista oppimismenetelmää, työpajateatteria (Theatre in Education, TIE) ja opiskelijoiden näkemyksiä menetelmän erityispiirteistä sekä sen soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Työpajateatteri eroaa simuloituista potilaista ja roolipelistä siten, että koko opiskelijaryhmä on aktiivisesti mukana työskentelyssä alusta alkaen, eikä huomio

kiinnity intensiivisesti vuoron perään lääkärinä toimivan opiskelijan vuorovaikutustaitoihin ja niiden arviointiin. Työpajateatterin sisällä käytimme myös sovellettua foorumiteatteria. Sekä työpajateatteri että foorumiteatteri esitellään seuraavaksi tarkemmin.

Työpajateatteri

Työpajateatteri sai alkunsa vuonna 1965 Englannissa, kun neljän näyttelijä-opettajan ryhmä Belgrad Theatresta alkoi kiertää kouluissa ohjelmistolla, johon sisältyi sekä näytelmä että työpaja (Jackson, 1993: 3). Jacksonin (1993: 1–2) mukaan tavoitteena oli yhdistää teatteriesitykseen teemoja, joita oli koulussa muutoin vaikea opettaa. Työpajateatterin syntyyn vaikutti teatterin tekijöiden tarve saada aikaan sosiaalista ja yhteiskunnallista muutosta sekä 1960-luvulla voimistunut taiteen merkityksen korostaminen kasvatuksessa. Myöhemmin Augusto Boalin työ, ja muun muassa hänen luomansa foorumiteatteri, on innoittanut työpajateatterin tekijöitä (Jackson, 1993b: 22–28). Foorumiteatteri perustuu Boalin 1950–1970-lukujen aikana kehittämään sorrettujen teatteriin, ja sen taustafilosofiasta löytyy vaikutteita Paolo Freiren sorrettujen pedagogiikasta (Heikkinen, 2003: 12). Foorumiteatterissa näytelmä päättyy ristiriitatilanteeseen, jolloin katsojalle voi syntyä halu vaikuttaa näytelmän tilanteeseen. Boal (1992: 22–25) kehitti foorumiteatterin, kun hän havaitsi, että katsojasta voi tulla katsojanäyttelijä, joka ei vain anna ohjeita näyttelijöille, vaan ottaa sorretun roolin näytelmässä ja pyrkii näin aktiivisesti vaikuttamaan fiktion sisällä tilanteen kulkuun. Foorumiteatteria voidaan käyttää työpajateatterissa esimerkiksi yhtenä työtapana.

Työpajateatterin tavoitteet, teema, sisällöt ja työtavat suunnitellaan yhteistyössä oppilaitoksen opettajien ja teatteriryhmän kanssa (Jackson, 1993: 3). Osallistujien kanssa työ-

kentelyyn sisältyy näytelmän katsominen, työpajatyöskentely sekä mahdolliset jälki-tehtävät oppilaitoksessa (Heikkinen, 2003: 13). Näytelmän jälkeisessä työpajavaiheessa katsojasta tulee aktiivinen osallistuja ja tavoitteena on syventää, reflektoida ja tutkia niitä merkityksellisiä kysymyksiä, joita näytelmä osallistujissa herättää (Viirret, 2003). Työpajateatterin ohjaajalla, jota kutsutaan myös jokeriksi, on tärkeä merkitys yleisön aktivoinnissa, sillä hän toimii linkkinä yleisön ja näyttelijöiden välillä. Jokerin tulisi olla oivaltava kanssakokija ja luoda ryhmään turvallinen oppimisilmapiiri (Heikkinen, 2003; Vine, 1993).

Työpajateatteri pohjautuu draamakasvatukseen, joka kattaa kaiken sen draaman ja teatterin, jota tehdään erilaisissa oppimisympäristöissä (Heikkinen, 2002: 13–18). Draamakasvatuksessa käsitellään aina valittua asiaa, ilmiötä tai ongelmaa, ja siinä verrataan fiktiivisen ja sosiaalisen todellisuuden kokemuksia keskenään (Heikkinen, 2003: 15–16). Merkityksiä rakennetaan dramaturgian keinoin ja fiktio luodaan roolihahmojen avulla (Østern, 2000: 7). Draamakasvatuksessa on kyse vakavasta leikillisyydestä, jota määrittää teatterin fiktio; yhteistyöstä, joka syntyy draamasopimuksen kautta; ymmärryksen ja tiedon hankkimisesta itsestä ja maailmasta, jossa elämme; kulttuurisen ja sosiaalisen identiteetin rakentamisesta draamallisten fiktioiden ja roolien avulla sekä laajemmin tarkasteltuna siitä, kuinka siirrämme esteettisiä kokemuksia sosiaaliseen todellisuuteen ja päinvastoin (Heikkinen, 2002; 2003). Vakava leikillisyyys tarkoittaa, että tiettyjen sopimusten ja sääntöjen puitteissa ”leikitään” niitä asioita, joita tahdotaan, eli draaman muoto on leikittelevä mutta tarkoitus vakava (Heikkinen, 2002; Østern, 2007).

Draamakasvatuksessa oppimispotentiaali liittyy esteettiseen kahdentumiseen, joka tarkoittaa, että fiktiivinen aika, tila ja rooli-

hahmot ovat läsnä yhtä aikaa todellisen ajan, paikan ja oman minän kanssa, ja asioiden tutkiminen ja oppiminen on mahdollista tämän kahdentumisen ja sen tarkastelun avulla (Østern & Heikkinen, 2001: 112). Tästä fiktiivisen ja todellisen maailman samanaikaisesta läsnäolosta on käytetty myös käsitettä *metaxis* (Boal, 1995; O’Toole, 1992). Draamakasvatuksen oppimiskäsitys pohjautuu konstruktivistiseen oppimisenäkemykseen ja kokemukselliseen oppimiseen. Konstruktivismi liitetään draamakasvatukseen, koska jokainen osallistuja luo draamassa omat merkityksenantonsa (Asikainen, 2003: 37). Tynjälän (1999: 163) mukaan konstruktivismin eri painotuksia yhdistää tiedonkäsitys, jonka mukaan tieto ei ole sellaisenaan siirrettävissä olevaa objektiivista heijastumaa maailmasta, vaan se on aina yksilön tai sosiaalisen yhteisön rakentamaa. Oppiminen nähdään oppijan aktiivisena kognitiivisena ja/tai sosiaalisena toimintana, jossa hän jatkuvasti rakentaa kuvaansa maailmasta ja sen ilmiöistä tulkiten uutta informaatiota aiempien tietojensa, käsitystensä ja uskomustensa pohjalta sekä osallistuen sosiaalisten yhteisöjen toimintaan (Tynjälä, 1999: 163).

Aikuisen kokemuksellisessa oppimisessa oppijan rikas kokemusvarastonsa on nähty keskeisenä oppimisen kannalta (Knowles, 1990; Malinen, 2000). Malisen (2000: 137) mukaan aikuisen kokemuksellinen oppiminen ei ole ainoastaan jonkin lisäämistä yksilön tietämiseen tai merkitysten muutosta, vaan rekonstruktioprosessi, jonka sisällä luodaan täsmällisempää tietoa siten, että tietämisen *rakenne*, eli jo olemassa olevat käsitykset, muuttuu. Kokemuksista oppiminen edellyttää reflektointia. Reflektio on kokemuksen merkityksellistämistä ja tarkoittaa niitä prosesseja, joiden avulla oppija pyrkii kokemaan uudelleen, havainnoimaan ja uudelleen arvioimaan kokemuksiaan ja näin työstämään kokemustaan oppimiseksi (Boub, Cohen &

Walker, 1993: 9). Schönin (1983; 1987) teoria reflektiivisestä ammattilaisesta tuo esiin toiminnanaikaisen ja toiminnan jälkeen tapahtuvan reflektion. Toiminnanaikainen reflektio tarkoittaa, että asiantuntija pystyy havainnoimaan ja pohtimaan omaa toimintaansa yllättävissä ja ongelmallisissa tilanteissa samaan aikaan, kun hän toimii tilanteessa. Asiantuntija tarvitsee myös toiminnan jälkeistä reflektiota eli kykyä arvioida omaa työskentelyään toiminnan jälkeen ja valmiutta hyödyntää saamiaan kokemuksia uusissa tilanteissa (Schön, 1983). Aikuinen oppija tarvitsee sosiaalista vuorovaikutusta laajentaakseen ymmärrystään (Malinen, 2000: 138), joten ryhmässä tapahtuva kokemusten reflektointi voi muuttaa ja laajentaa niitä merkityksiä, joita olemme kokemukseemme liittäneet (Boud ym., 1993: 10). Siksi opetuksessa on keskeistä luoda mahdollisuuksia kokemusten yhteiseen reflektointiin esimerkiksi koko ryhmää aktivoivien oppimismenetelmien, kuten työpajateatterin, avulla.

Tutkimuksen tavoite

Vaikka useissa tutkimuksissa on arvioitu lääketieteen vuorovaikutuskoulutuksessa käytettyjen oppimismenetelmien tehokkuutta, harvat tutkimukset ovat keskittyneet tarkastelemaan lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä ja kokemuksia näistä menetelmistä (Lane & Rollnick, 2007; Rees, Sheard & McPherson, 2004). Koska kokemuksellisisa oppimismenetelmissä oppijan oma aktiivisuus ja osallistuminen ovat keskeisiä oppimisen kannalta, ohjaajien tulee kiinnittää huomiota myös oppijoiden kokemuksiin niistä oppimismenetelmistä tai oppimismahdollisuuksista, joita he heille tarjoavat. Oppijoiden antamat merkitykset oppimistapahtumalle voivat olla erilaisia, kuin mitä ulkoisesti mittaamalla tai oppimistuloksia tarkastelemalla saadaan selville (Boud ym., 1993: 11). Sen vuoksi myös

oppimismenetelmän arvoa tai toimivuutta arvioitaessa oppijoiden kokemukset on otettava huomioon (Boud ym., 1993: 11). Draamakasvatukseen pohjautuvien kokemuksellisten oppimismenetelmien, kuten työpajateatterin, soveltamisesta lääketieteen vuorovaikutuskoulutukseen ja siitä saatuja oppijoiden kokemuksia ei ole systemaattisesti raportoitu. Sen vuoksi tässä tutkimuksessa kysytään:

- 1) Millaisia näkemyksiä lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoilla on työpajateatterin erityispiirteistä?
- 2) Millaisia näkemyksiä lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoilla on työpajateatterin soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen?

Puheviestinnän opetuskokeilu

Tutkimuksen aineisto kerättiin puheviestinnän opetuskokeilun yhteydessä syksyllä 2006. Suomen yliopistoissa tuli 1.8.2005 voimaan uusi tutkintoasetus, jonka yhteydessä lääketieteen puheviestinnän opetus Kuopion yliopistossa uudistettiin, ja aiemmin ensimmäiseen opintovuoteen sijoitetut puheviestinnän opinnot jakaantuivat 1.–2. opintovuodelle. Toisen vuoden opinnot (0,5 op) integroitiin Terveys sosiologia ja -psykologia (TSP) opintojaksoon ja toteutettiin syksyllä 2006 opetuskokeiluna. Opetus suunniteltiin ja toteutettiin tiimityönä puheviestinnän lehtorin ja lääketieteen opettajien kanssa. Puheviestinnän opetuksen tavoitteena oli 1) antaa valmiuksia lääkäri–potilassuhteen vuorovaikutuksen osatekijöiden analysoimiseen, 2) harjoitella vuorovaikutustaitoja sekä 3) auttaa opiskelijaa ymmärtämään viestinnän ja vuorovaikutustaitojen merkitys lääkäri–potilassuhteessa.

Opetuksen suunnittelussa hyödynnettiin erityisalakohtaisen viestintäpedagogiikan (communication in the disciplines) lähtökoh-
tia (Dannels, 2001). Tämän näkemyksen mu-

kaan jokaisella erityisalalla on omanlaiset viestintään liittyvät normit, arvot ja odotukset, jolloin myös tarkoituksenmukaiseksi koettu viestintä, keskeiseksi koetut viestintätilanteet ja käsitys tarvittavasta vuorovaikutusosaamisesta vaihtelee aloittain (Dannels, 2001: 146–147). Keskeiseksi viestintätilanteeksi valittiin lääkärin vastaanotto. Tavoitteena oli harjoitella sanallisen tutkimuksen tekemistä ja keskittyä erityisesti viiden vuorovaikutustaidon harjoitteluun, jotka olivat suhteen luominen potilaaseen, kysymysten käyttö, kuunteleminen, nonverbaalinen viestintä ja vastaanoton rakenteen hahmottaminen. Vuorovaikutustaitojen valinnan perusteena oli enhanced Calgary-Cambridge Observa-

tion Guide, joka on Kurtzin, Silvermanin ja Draperin (2005) luoma vuorovaikutustaitojen opetussuunnitelma. Opetussuunnitelmassa eritellään muun muassa lääkärin vastaanoton eri vaiheisiin liittyvät 71 vuorovaikutustaitoa, joiden joukosta valitsimme opetuskokeiluun edellä mainitut viisi osataittoa. Opetuskokeilun eteneminen kuvataan taulukossa 1. Puheviestinnän osuus arvioitiin asteikolla hyväksytty–hylätty. Hyväksytty suoritus edellytti aktiivista läsnäoloa pienryhmäopetuksessa sekä sovittujen tehtävien ja harjoitusten tekemistä kurssivaatimusten mukaisesti. Tutkimusaineisto kerättiin opetuksen loputtua.

Taulukko 1. Puheviestinnän opetuskokeilun eteneminen

<p>Infotilaisuus (1 tunti)</p> <ul style="list-style-type: none"> Opintojakson tavoitteet, sisällöt, tehtävät, aikataulu, sekä lukutehtävä Moodlessa käsiteltiin luennolla <p>I kokoontuminen (2 tuntia)</p> <ul style="list-style-type: none"> Lääkärin vuorovaikutusosaamiseen liittyvien käsitysten ja aiempien haastattelukokemusten reflektointi kirjallisesti ja suullisesti Tietoisuus vuorovaikutuksen merkityksestä potilas-lääkärisuhteessa Palautteen pelisääntöjen sopiminen Lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta lääkärin vastaanotolla käsittelevän DVD:n analysointi palautekorttien avulla Omien taitotavoitteiden asettaminen Toteutus 18 hengen ryhmässä vuosikurssin opetusjärjestelyistä johtuen <p>II kokoontuminen (2 tuntia)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ensimmäinen työpajateatterikokonaisuus Lämmittelyvaihe ja draamasopimus Näytelmän katsominen Työpajavaihe Toteutus kolmessa 13–16 hengen pienryhmässä 	<p>III kokoontuminen (2 tuntia)</p> <ul style="list-style-type: none"> Toinen työpajateatterikokonaisuus Lämmittelyvaihe Näytelmän katsominen Työpajavaihe Toteutus kolmessa 13–16 hengen pienryhmässä <p>Terveyskeskuspäivät</p> <ul style="list-style-type: none"> Itsenäinen potilaan ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen analysointitehtävä terveyskeskuspäivien aikana Raportin kirjoittaminen Moodleen <p>IV kokoontuminen (2 tuntia)</p> <ul style="list-style-type: none"> Analysointitehtävien käsittely ja opitun tiivistäminen pienryhmissä Omien käsitysten ja kokemusten reflektointi kirjallisesti Kyselyyn vastaaminen Toteutus 18 hengen ryhmässä <p>Kontaktiopetuksen jälkeen</p> <ul style="list-style-type: none"> Opettajan palaute raporteista Moodlessa
---	--

Työpajateatterikokonaisuudet

Lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijat osallistuivat kahteen kahden tunnin mittaiseen työpajateatterikokonaisuuteen kolmessa 13–16 henkilön ryhmässä. Ryhmiä ohjasivat yleislääketieteen erikoislääkäri sekä puheviestinnän lehtori. Ensimmäisen työpajateatterikokonaisuuden alussa teimme draamasopimuksen jokaisen ryhmän kanssa tavoitteena sitouttaa ryhmän jäsenet yhteiseen toimintaan (ks. Heikkinen, 2002: 89). Työpajateatterikokonaisuudet koostuivat kolmesta vaiheesta, jotka olivat lämmittely, näytelmäesityksen katsominen ja työpaja. Lämmittelyvaiheessa käytimme erilaisia pelejä ja leikkejä ryhmän huomion keskittämiseksi (ks. Owens & Barber, 1998: 30), improvisaation tekniikoita rohkaistaksemme osallistujia hyväksymään sekä omia että toisten esittämiä ideoita (Koponen, 2004: 40) sekä pysähtyneitä tilannekuvia (Owens & Barber, 1998: 31), joiden avulla tutkittiin vuorovaikutuksen näkökulmasta onnistuneita ja epäonnistuneita lääkärin vastaanottotilanteita.

Näytelmävaiheessa koulutetuista harrastajanäyttelijöistä koostunut ryhmä esitti lääkäri-potilasvuorovaikutusta käsittelevän pienoisenäytelmän. Puheviestinnän lehtorin ja yleislääketieteen erikoislääkärin yhteistyössä laatimat näytelmien käsikirjoitukset perustuvat todellisiin potilastapauksiin. Kerronnassa käytettiin eepistä dramaturgiaa (Aaltonen, 2002: 75–82), ja molemmat näytelmät sisälsivät kolme kohtausta. Kohtausten välissä toinen ohjaajista toimi kertojana. Näytelmät sisälsivät haasteellisia vuorovaikutustilanteita (esimerkiksi lääkäri ei ottanut riittävästi katsekontaktia potilaaseen, ei vastannut potilaan huoliin, ei käyttänyt riittävästi avoimia kysymyksiä saadakseen selville potilaan koko tarinaa eikä kuunnellut potilasta tarkkaavaisesti). Molemmat näytelmät päättyivät lääkärin ja potilaan väliseen ristiriitatilanteeseen, sillä

halusimme käyttää foorumiteatteria näytelmien tutkimisessa. Koska tavoitteenamme oli kiinnittää opiskelijoiden huomio lääkärin vuorovaikutuskäyttäytymiseen, ei niinkään sorretun asemaan, kutsumme tätä työtapaa *sovelletuksi foorumiteatteriksi*.

Työpajavaiheessa sovelletun foorumiteatterin aikana katsojia pyydettiin ensin keskustelemaan pareittain siitä, millaisia ajatuksia näytelmä herätti. Sen jälkeen harrastajanäyttelijät tekivät jokaisesta kohtauksesta pysähtyneen kuvan. Osallistujia pyydettiin menemään roolihenkilöiden taakse ja kertomaan ääneen, mitä lääkäri ja potilas tilanteessa ajattelivat (ks. Owens & Barber, 1998: 32). Tämän jälkeen lääkärin roolissa ollut näyttelijä tuli niin sanottuun kuumaan tuoliin (Owens & Barber, 1998: 31), ja osallistujat saivat haastella häntä tavoitteena selkiinnyttää lääkärin näkökulmaa tilanteeseen. Näytelmä esitettiin uudestaan ja osallistujat saivat pysäyttää näytelmän sanomalla seis heti, kun heistä tuntui, että lääkäri voisi muuttaa vuorovaikutuskäyttäytymistään. Pysäyttämisen jälkeen osallistujat tekivät ehdotuksia tilanteen muuttamiseksi ja näyttelijöitä pyydettiin tekemään kohtaus uudelleen. Näin toistettiin muutamia kertoja, jonka jälkeen osallistujia rohkaistiin vaihtamaan rooleja näyttelijä-lääkärin kanssa ja kokeilemaan itse, kuinka tilanteessa voisi toimia. Tavoitteena oli testata useita erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. Työpajan lopuksi lääketieteen opiskelijat reflektoivat työskentelyä antamalla vuorovaikutukseen liittyviä neuvoja lääkäriä ja potilasta esittäneille harrastajanäyttelijöille, pohtimalla omaa viestintätäytyliään sekä keskustelemalla oppimiskokemuksestaan toistensa kanssa.

MENETELMÄT

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen, ja sen tavoitteena on kuvata ja ymmärtää lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä työpajate-

atterin ominaispiirteistä sekä menetelmän soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Puheviestinnän tutkimuksessa viestintään liittyvien näkemysten tutkimisessa on käytetty tyypillisesti itsearviointimenetelmiä ja tietoa on kerätty usein kyselylomakkeiden tai haastattelujen avulla (Frey, Botan & Kreps, 2000: 96, 99). Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella ja täsmäryhmähaastattelulla. Menetelmätriangulaatiolla pyrittiin lisäämään ymmärrystä tutkittavasta aiheesta (Frey ym., 2000: 85).

Kyselylomake

Opetuskokeilun jälkeen opiskelijoita pyydettiin vastaamaan kyselylomakkeeseen, joka sisälsi neljä osiota. Ensimmäinen osio käsiteli vastaajien taustatietoja, ja toinen liittyi vastaajien oppimiskokemuksiin. Kolmas osio käsiteli vastaajien näkemyksiä oppimismenetelmistä, ja neljäs heidän näkemyksiään puheviestinnän opetuksen kehittämisestä. Tässä tutkimuksessa raportoimme kyselylomakkeesta ensimmäisen osion taustatiedot sekä kolmannen osion oppimismenetelmään liittyneet vastaukset. Taustatiedoissa kysyttiin vastaajien ikä, sukupuoli, nimi (vapaaehtoinen), puheviestinnän ryhmäopetusnumero ja tutkimuslupa. Oppimismenetelmää tarkastelevassa osiossa oli kolme avointa kysymystä ja yksi Likert-asteikollinen kysymys. Avoimet kysymykset olivat: 1) Kirjoita vapaasti ja pohdi, kuinka työpajateatteri soveltui puheviestinnän oppimiseen. Edistiko opetusmenetelmä oppimistasi? Haittasiko opetusmenetelmä oppimistasi? Vastaa yksityiskohtaisesti ja perusteellisesti. 2) Millaista oli kurssin opettajien toiminta? 3) Mitä muuta haluat sanoa? Lisäksi vastaajia pyydettiin arvioimaan työpajateatterin soveltuvuutta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen Likert-asteikolla (1 = erittäin huonosti, 3 = ei huonosti muttei hyvinkään, 5 = erittäin hyvin). Kyselylo-

makkeen vastausprosentti oli 100 % (N = 43). Vastajaat olivat iältään 20–29-vuotiaita (13 miestä, 30 naista), ja vain yhdellä heistä oli aiempaa kokemusta työpajateatterista.

Täsmäryhmähaastattelu

Kyselylomakkeella saatuja tietoja haluttiin tämentää, vahvistaa ja monipuolistaa täsmäryhmähaastattelujen avulla (Cohen, Manion & Morrison, 2000: 288). Täsmäryhmähaastattelu tarkoittaa tässä tutkimuksessa järjestettyä keskustelutilaisuutta, johon on kutsuttu joukko ihmisiä keskustelemaan tietyistä aiheista fokusoidusti, mutta vapaamuotoisesti, noin 1–2 tunnin ajaksi (Stewart & Shamdasani, 1990; Valtonen, 2005). Stewart ja Shamdasani (1990: 10–15) kuvaavat, että täsmäryhmähaastattelun käyttäminen on hyödyllistä erityisesti sellaisessa tutkimuksessa, jonka aiheesta tiedetään vähän ja jossa pyritään hankkimaan tietoa osallistujien näkemyksistä, ajatuksista, tunteista, käsityksistä, uskomuksista, arvoista ja tavoista. Tutkija tai joku toinen valittu henkilö tarjoilee tutkimuksen kohteena olevia teemoja osallistujien keskenään keskusteltavaksi, ohjaa keskustelua ja antaa sen virrata luonnollisesti pitäen huolta siitä, että keskustelu pysyy aiheessa (Valtonen, 2005). Menetelmän haittoina on nähty se, ettei tuloksia voida yleistää laajempiin joukkoihin; dominoiva ryhmän jäsen voi vaikuttaa haastattelun tuloksiin; haastattelija saattaa tarkoituksella tai tahattomasti ohjailla vastauksia; ja tulosten tiivistäminen voi olla haasteellista, kun haastattelussa on ollut useita henkilöitä (Stewart & Shamdasani, 1990: 16–17).

Tässä tutkimuksessa vapaaehtoiseen täsmäryhmähaastatteluun osallistui kahdeksan opiskelijaa (5 miestä, 3 naista). Haastatteluvien määrää voidaan pitää täsmäryhmähaastatteluun sopivana (Frey ym., 2000: 219). Haastattelu tehtiin viikon kuluttua opetus-

kokeilun päättymisestä, ja siinä keskityttiin osallistujien näkemyksiin työpajateatterista. Haastattelu kesti 75 minuuttia ja se videokuvattiin. Artikkelin ensimmäinen kirjoittaja toimi haastattelijana, ja hän pyrki tietoisesti toimimaan keskustelun ohjaajan roolissa, jotta tilanteesta muodostuisi haastatteluun osallistuneiden välinen keskustelu- ja vuorovaikutustilanne. Videokuvauksen puutteellisuudesta johtuen haastattelun viimeiset 10 minuuttia jäivät nauhoittumatta, minkä vuoksi osallistujia pyydettiin täydentämään haastatteluvastauksiaan sähköpostitse. Sähköpostitse saapuneet vastaukset sisällytettiin täsmäryhmähaastatteluaineistoon ja otettiin mukaan aineiston analysointiin.

Aineiston analysoiminen

Kyselylomakkeen avoimet vastaukset sekä täsmäryhmähaastattelujen litteroidut tekstit sähköpostivastauksilla täydennettyinä analysoitiin aineistolähtöisesti laadullisen sisällön analyysin avulla (Frey ym., 2000; Lindlof & Taylor, 2002; Tuomi & Sarajarvi, 2002). Tarkasteltavana olevien avointen vastausten pituudet vaihtelivat muutamista lauseista yli puolen A4 sivun mittaisiin kirjoituksiin. Avovastausten aineistoa kertyi keskimäärin 13 sivua ja litteroitua tekstiä yhteensä 20 sivua. Sisällön analyysissä käytettiin apuna ATLAS.ti 5.2 -tietokoneohjelmaa. Vastaajat numeroitiin (1a–43a), ja tutkija luki aineistot huolellisesti useaan kertaan kirjoittaen samalla alustavia havaintojaan aineistosta. Analyysiyksiköt valittiin aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti, eli keskeistä oli löytää aineistosta niitä merkityksiä, joita vastaajat liittivät työpajateatterin erityispiirteisiin sekä sen soveltuvuuteen vuorovaikutusosaamisen oppimisessa. Merkitysyksiköistä muodostettiin aineistolähtöisesti yhteensä 27 koodia, jotka nimettiin aineistoa kunnioittaen. Koodit yhdisteltiin

alaluokiksi, jotka ryhmiteltiin pääteemoiksi (Tuomi & Sarajarvi, 2002). Kyselylomakkeen Likert-asteikollisesta kysymyksestä laskettiin vastausten jakauma ja prosenttiosuudet.

Rinnakkaiskoodaus

Laadullisen sisällön analyysin luotettavuutta pyrittiin lisäämään rinnakkaiskoodauksen avulla, jossa katsottiin, antoivatko tutkija ja rinnakkaiskoodaajana toiminut puhevies-tinnän tutkija samalle tekstiosiolle saman koodimerkinnän (Creswell, 2009: 191; Miles & Huberman, 1994: 64). Rinnakkaiskoodaajalle selvitettiin tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja koodaustehtävän periaatteet. Hänelle annettiin tutkijan aineistoon perehtymisen pohjalta luoma koodilista, selitettiin koodien perusteet ja pyydettiin tulkitsemaan etukäteen valitut aineiston ilmaukset ja sijoittamaan ne tutkijan luomiin koodeihin. Tutkimuksessa rinnakkaiskoodattiin 50 % kyselylomakeaineiston vastauksista. Rinnakkaiskoodaaja teki analysoitavana olleeseen aineiston osaan 152 koodimerkkiä. Näistä 142 oli yksimielisiä tutkijan omien koodausmerkintöjen kanssa. Jakamalla yksimielisten koodimerkintöjen määrä koodien kokonaismäärällä ja kertomalla tulos sadalla saatiin rinnakkaiskoodauksen yksimielisyyssprosentiksi 93 % (Miles & Huberman, 1994: 64).

TULOKSET

Työpajateatterin erityispiirteet

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä haettiin vastausta siihen, millaisia näkemyksiä lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoilla on työpajateatterin erityispiirteistä. Näkemyksiä tutkittiin avointen kysymysten ja täsmäryhmähaastattelun avulla. Laadullisen sisällön analyysin tuloksena aineistoista syntyi kahdeksan pääteemaa, jotka kuvaavat

työpajateatterin erityispiirteitä. Kyselylomakeaineistosta syntyneet teemat ja niiden alaluokat esitellään taulukossa 2. Täsmäryhmähaastatteluaineistosta syntyneet teemat olivat samoja kuin kyselylomakeaineistossa, mutta haastatteluaineistosta mainintojen määriä ei ole erikseen laskettu, sillä haastatteluun osallistuneet henkilöt olivat jo kertaalleen vastanneet kyselylomakkeeseen. Tulokset esitetään sekä määrällisesti että laadullisesti kuvailemalla. Määrällisellä esittämisellä pyritään kuvaamaan lukijalle mainintojen ylei-

syttä aineistossa ja laadullisella kuvaamisella havainnollistetaan tulosten sisältöä ja tulkintaa. Tulokset esitetään teemoihin sisältyneiden mainintojen suuruusjärjestyksen perusteella. Tulosten kuvaamiseen sisältyy suoria aineistolainauksia sekä kyselylomakkeesta, jolloin suluisa ilmaistaan vastaajanumero, että täsmäryhmähaastattelusta, jolloin suluisa ilmaistaan TR ja vastaajanumero. Aineistolainauksilla halutaan antaa lukijalle mahdollisuus arvioida tehtyjä tulkintoja.

Taulukko 2. Työpajateatterin ominaispiirteitä kuvaavat teemat

Teema	Alaluokat (mainintojen määrä aineistossa)	f	n
<i>Oppimismenetelmä itsessään</i>	myönteisesti koettu oppimismenetelmä (43) oppimismenetelmä edisti oppimista (10) sopiva ryhmäkokoo (3) kielteisesti koettu oppimismenetelmä (7) kielteiset asenteet oppimismenetelmää kohtaan (3)	66	40
<i>Ohjaajien toiminta työpajateatterin aikana</i>	myönteisesti koettu ohjaajien toiminta (40) kielteisesti koettu ohjaajien toiminta (7)	47	37
<i>Lääkärin roolissa oleminen</i>	myönteinen kokemus lääkärin roolissa olemisesta (16) vapaaehtoisuus (8) lääkärin rooliin ei päässyt (8) osallistumisen vältteleminen (7) lääketieteellisen tiedon puute (3)	42	23
<i>Käsitkirjoitukset</i>	realistiset käsitkirjoitukset (10) eläytyminen (8) potilaan näkökulman huomioiminen (4) epärealistiset käsitkirjoitukset (10)	32	17
<i>Reflektio ryhmässä sovelletun foorumi-teatterin aikana</i>	vuorovaikutustilanteeseen puuttuminen (16) keskustelu ryhmässä (5) useiden näkökulmien esille tuleminen (11)	32	20
<i>Vuorovaikutuksen havainnointi</i>	vuorovaikutuksen havainnoiminen työpajateatterin aikana (30)	30	22
<i>Aktiivisuus</i>	aktiivinen osallistuminen (9) ajattelun aktivoituminen (18) motivaation puute (3)	30	22
<i>Tunnereaktiot</i>	mukavaa (12) hauskaa (9) turvallista (2) jännittävää (3)	26	17

f = teemaan sisältyneiden mainintojen määrä kyselylomakeaineistossa

n = teeman maininneiden vastaajien määrä kyselylomakeaineistossa

Oppimismenetelmä itsessään

Lähes kaikki vastaajat (n = 40) kirjoittivat työpajateatterista oppimismenetelmänä, ja suurin osa maininnoista liittyi positiivisiin kokemuksiin. Työpajateatteria pidettiin hyvänä, mielenkiintoisena ja uutena oppimismenetelmänä, jonka koettiin edistäneen oppimista, ja ryhmäkokoja pidettiin oppimisen kannalta sopivana, kuten seuraavat esimerkit kyselylomakeaineistosta osoittavat:

”Mielestäni työpajateatteri edisti oppimistani hyvin, eikä ainakaan missään tapauksessa haitannut sitä.” (29a)

”Ryhmän koko oli sopivan pieni.” (41a)

Pieni osa maininnoista liittyi joko kielteisesti koettuun oppimismenetelmään tai siihen, että vastaajilla oli kielteisiä asenteita työpajateatteria kohtaan. Työpajateatteria pidettiin tylsänä, tai sen koettiin soveltuvan huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Alkulämmittelyharjoitukset koettiin turhiksi tai lapselliseksi, tai vastaaja kertoi suhtautuneensa varauksella työpajateatteriin. Täsmäryhmähaastatteluun oli valikoitunut osallistujia (n = 8), joilla oli selvästi erilaisia näkemyksiä työpajateatterista. Kaksi heistä suhtautui myönteisesti menetelmään, kahden odotukset olivat neutraaleja ja neljä suhtautui epäilevästi tai kielteisesti työpajateatteriin tai kurssiin, kuten seuraavat esimerkit osoittavat:

”Musta oli mukava ajatus se että ois niitä lääkäri-potilas semmosia tilanteita tai siis kaikenlaista semmosta tekemistä.” (TR 37a)

”No mulla ei ollu oikeen minkäänlaisia odotuksia, koska tää on kuitenkin uusi kurssi.” (TR 11a)

”Lähin nyt silleen aika niinkun aika negatiivisella ennakoasenteella tähän.” (TR 28a)

Täsmäryhmähaastattelussa myönteisesti suhtautuvat osallistujat mainitsivat lämmittelyharjoitusten vapauttaneen ilmapiiriä, ja he kokivat, että draamasopimuksen avulla osallistujat sitoutettiin yhteiseen toimintaan. Epäilevästi tai kielteisesti suhtautuvat osallistujat eivät kokeneet lämmittelyharjoituksia tai draamasopimuksen tekemistä tarpeellisina. Kummassakaan aineistossa ei ollut mainintoja työpajateatterikonaisuuden lopussa tehdyistä reflektointiharjoituksista.

Ohjaajien toiminta työpajateatterin aikana

Suurin osa vastaajista (n = 37) kirjoitti näkemyksiään ohjaajien toiminnasta, ja ne olivat enimmäkseen myönteisiä. Ohjaajia pidettiin kannustavina, innostuneina, motivoituneina, aktiivisesti mukana olevina ja ammattitaitoisina. Kielteiset maininnat liittyivät ohjaajien persooniin, ja osa olisi halunnut ohjaajilta enemmän palautetta siitä, kuinka lääkäri oikeasti toimisi vastaavassa tilanteessa. Täsmäryhmähaastattelussa osallistujat toivat esille, että he olisivat halunneet kiinnittää enemmän huomiota lääketieteellisiin seikkoihin ja ehdottaa potilaille tiettyjä tutkimuksia. He eivät pitäneet siitä, että ohjaajat neuvoivat heitä keskittymään vuorovaikutukseen, kuten seuraava esimerkki osoittaa:

”Osittain myös se, että lääkärinä toimimista rajoitettiin kieltämällä mahdolliset diagnostiset tekijät kokonaan, oli huonoa, koska se riisui lääkäriltä toimintatapoja, joita ilman toimiminen mielestään jopa heikentää viestintää, ei paranna sitä.” (TR 27a)

Lääkärin roolissa oleminen

Noin puolet (n = 23) vastaajista kirjoitti lääkärin rooliin liittyneistä asioista. Lääkärin roolissa oleminen koettiin myönteisenä, mielenkiintoisena ja haasteellisena oppimiskokemuksena. Lääkärin roolin ottamisen vapaaehtoisuus koettiin myönteisenä:

”Se että pääsi esittämään halutessaan lääkäriä oli myös iso plussa forumteatteriharjoituksissa.” (15a)

Vapaaehtoisuus koettiin kuitenkin myös kielteisesti, sillä kaikki eivät päässeet tai joutuneet lääkärin rooliin. Osa kertoi myös vältelleensä omien mielipiteiden esittämistä, koska ei halunnut tai uskaltanut ottaa lääkärin roolia. Lääketieteellisen tiedon puute vaikeutti lääkärin roolissa toimimista, varsinkin, jos opiskelija ei tiennyt sairauteen tai lääkärin työhön liittyneitä faktoja. Täsmäryhmähaastattelussa osallistujat korostivat uuden ammattiroolin harjoittamisen merkitystä. Lääkärin roolissa oleminen tuntui todelliselta ja harjoittelun koettiin antaneen lisää itseluottamusta:

”No mä ainakin opin itestäni sen että mä en uskonu et mä pärjäisin kun mä olin se lääkäri siinä ja sit kun kaikki kurssilaiset kattoo niin silleen se meni aika hyvin. Mun mielestäni se paransi mun itseluottamusta, buustas.” (TR 37a)

”Ja jännä on huomata sekin miten toi lääkärin rooli ja toi valkonen takki niinkun buustaa sellasta sellasta itsensä tuntevaa käytöstä, vaikka muuten ei ehkä tuolla elämässä muuten oiskin ujompi.” (TR 2a)

Käsikirjoitukset

Vastaajista 17 kirjoitti näkemyksiään työpajateatterin näytelmien käsikirjoituksista. Käsikirjoitusten realismisuudesta tai epärealistisuudesta oli saman verran mainintoja. Vastaajien näkemysten mukaan realismisuus oli oppimista edistävä tekijä, sillä se auttoi eläytymään tilanteeseen sekä huomioimaan myös potilaan näkökulman. Potilastapauksia pidettiin tosielämään soveltuvina, ja potilaan ajatusten miettiminen ja potilaan tilanteen ymmärtäminen saivat pohtimaan, kuinka tärkeää on tukea potilasta arkojenkin aihe-

den kertomisessa. Epärealistisuus puolestaan vaikeutti näytelmään suhtautumista, mikäli tilanteet koettiin teennäisinä tai keksittyinä. Täsmäryhmähaastattelussa tämä teema herätti paljon keskustelua, ja haastateltavien erilaisia näkemyksiä kuvaavat seuraavat lainaukset keskustelusta:

”Niissä foorumteattereissa oli hieman kärjistettyjä tilanteita että ei varmaan tosi elämässä asiat noin niinkun hirveää ole.” (TR 11a)

”Et tää kun ihmiset sanoo et se oli liian kärjistetty niin jh.. voi voi kun joudutte sinne oikeesti osastolle niin siellä on se ei ollu mitenkään kärjistetty se oli aika ystävällinen omainen loppuen lopuksi.” (TR 27a)

Reflektio ryhmässä sovelletun foorumiteatterin aikana ja vuorovaikutuksen havainnointi

Lähes puolet vastaajista (n = 20) kirjoitti reflektoinnista sovelletun foorumiteatterin aikana. Erityisen mielekkäänä koettiin vuorovaikutustilanteen pysäyttämisen ja siihen puuttumisen sekä yhteinen ryhmäkeskustelu, jossa tuli esiin useita erilaisia näkökulmia ja erityyppisiä ratkaisuvaihtoehtoja tilanteen eteenpäin viemiseksi. Erilaisten näkökulmien kuulemisen koettiin avartavan omaa ajattelua. Myös täsmäryhmähaastattelussa osallistujat toivat esiin samoja myönteisiä kokemuksia, kuten esimerkiksi käy ilmi:

”Musta oli tosi jännä nähdä miten erilaisia ehotuksia ihmisillä oli niinku niihin et miten se pitää sit muuttua sen lääkärin ja silleen.” (TR 37a)

Puolet vastaajista (n = 22) kirjoitti vuorovaikutuksen havainnoinnista sekä näytelmäesityksen aikana että sovelletun foorumiteatterin aikana. Havainnointi auttoi kiinnittämään huomion vuorovaikutuksen osatekijöihin ja analysoimaan lääkärin ja po-

tilaan välistä vuorovaikutusta, mikä vastaajien mielestä edisti oppimista. Havainnointi koettiin oppimista edistävänä tekijänä myös täsmäryhmähaastattelussa:

”Koska tilanteita pääsi sekä tarkkailemaan, että toimimaan niissä itse, oli oppiminen monipuolista.” (TR 27a)

Aktiivisuus ja tunnereaktiot

Puolet vastaajista (n = 22) kirjoitti näkemyksiään omasta aktiivisuudestaan työpajateatterin aikana. Työpajateatteri aktivoi osallistumaan yhteiseen toimintaan, antoi ajattelemisen aihetta, herätti uusia ajatuksia ja oma näkökulma asioihin laajeni, jotka kaikki koettiin myönteisinä tekijöinä. Toisaalta motivaation puutteesta kertoi kolme vastaajaa, ja motivaation puute saattoi liittyä lähestyvään tenttiin, väsymykseen tai siihen, ettei vastaajaa huvittanut osallistua toimintaan. Täsmäryhmähaastattelussa samat asiat nousivat esiin, ja esimerkiksi ajatteluun liittyen yksi osallistuja kuvasi, että

”[työpajateatteri] jotenkin avas semmosia uusia ajatuksia” (TR 37a).

Työpajateatteri herätti vastaajissa sekä myönteisiä että kielteisiä tunnereaktioita, joista kirjoitti 17 vastaajaa. Työpajateatteri koettiin mukavaksi, hauskaksi ja turvalliseksi tavaksi harjoitella vuorovaikutusosaamista.

Esimerkiksi potilaan tai lääkärin ajatusten ääneen sanominen koettiin hauskaksi, ja koska pienryhmä ennätti tulla tutuksi, ei lääkärin rooliin meneminen toisella työpajateatterikerralla tuntunut pelottavalta. Toisaalta jännittämiseen liittyi kolme mainintaa, joissa vastaajat kertoivat jännittäneensä lääkärin roolissa olemista tai luokan eteen menemistä. Täsmäryhmähaastattelussa yksi osallistujista kuvasi tunnereaktiotaan seuraavasti:

”Niin mut se on vähän eri asia kun on oikee vastaanotto kun siinä on kaikki kaverit jotka kattoo siinä niin sit jännittää.” (TR 34a)

Työpajateatterin soveltuvuus vuorovaikutusosaamisen oppimiseen

Toisella tutkimuskysymyksellä haettiin vastausta siihen, millaisia näkemyksiä lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoilla on työpajateatterin soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Näkemyksiä tutkittiin ensinnäkin Likert-asteikollisen kysymyksen avulla. Suurin osa vastaajista (86 %) koki työpajateatterin soveltuvan hyvin tai erittäin hyvin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Pieni osa vastaajista (5 %) koki työpajateatterin soveltuvan huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Vastausten jakauma ja prosenttiosuudet esitetään tarkemmin taulukossa 3.

Taulukko 3. Vastaajien näkemykset työpajateatterin soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen

Työpajateatteri soveltui puheviestinnän oppimiseen mielestäni	n	%
erittäin hyvin	18	42
melko hyvin	19	44
ei hyvin muttei huonostikaan	4	9
melko huonosti	2	5
erittäin huonosti	0	0
Yhteensä	43	100

n = arvion antaneiden vastaajien määrä aineistossa

% = arvion antaneiden vastaajien osuus koko vastaajamäärästä (N=43)

Lisäksi kyselylomakkeen avointen vastausten sekä täsmäryhmähaastattelun tulosten perusteella voidaan todeta, että suurin osa vastaajista näki työpajateatterin soveltuvan hyvin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen, sillä laadullisessa aineistossa oli selvästi enemmän oppimismenetelmään liittyviä myönteisiä kommentteja (vrt. tema 1, oppimismenetelmä itsessään). Osa vastaajista kertoi kuitenkin negatiivisista asenteistaan oppimismenetelmää kohtaan, ja sitä saatettiin pitää myös tylsänä ja huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen soveltuvana. Osa koki lämmittelyharjoitukset lapsellisina tai turhina, eivätkä käsikirjoitukset vaikuttaneet kaikkien mielestä realistisilta. Osa vastaajista koki myös, ettei menetelmä soveltunut vuorovaikutusosaamisen oppimiseen hyvin siksi, koska kaikki opiskelijat eivät päässeet lääkärin rooliin tai he välttelivät osallistumista, koska eivät halunneet joutua lääkärin rooliin. Täsmäryhmähaastattelun ja Likert-asteikon tulosten tarkempi tarkastelu osoitti, että ne vastaajat, jotka raportoivat itse omaavansa negatiivisia asenteita työpajateatteria kohtaan arvioivat sen soveltuvan huonommin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen kuin ne vastaajat, joiden asenteet olivat myönteisiä.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Laadullisen aineiston tulokset sekä Likert-asteikollinen yleisarvio osoittivat, että suurin osa lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoista (86 %) piti työpajateatteria hyvänä ja vuorovaikutusosaamisen oppimiseen soveltuvana uutena ja mielenkiintoisena oppimismenetelmänä. Pieni osa vastaajista (5 %) piti työpajateatteria huonosti vuorovaikutusosaamisen oppimiseen soveltuvana. Tulokset tukevat aiempaa käsitystä siitä, että lääketieteen opiskelijat kokevat vuorovaikutustaitojen harjoittelun kokemuksellisten oppimismenetelmien avulla mielekkääksi, sillä esimer-

kiksi lääketieteen opiskelijoiden näkemykset simuloituista potilaista (Eagles ym., 2001; Koponen, 2009; Mönkkönen ym., 2007; Rees ym., 2004) ja roolipelistä (Nestel & Tierney, 2007) ovat aiemmissa tutkimuksissa olleet myönteisiä. Eri oppijat voivat kokea saman oppimistilanteen tai -menetelmän eri tavoin, sillä oppijoiden odotukset, aiemmat tiedot, asenteet ja tunteet vaikuttavat siihen, kuinka he tulkitsevat kokemustaan (Boud ym., 1993:11). Työpajateatterissa pyritään luomaan mahdollisuuksia tutkia asioita ja ilmiöitä, joilla on katsojille merkitystä, mutta se ei kuitenkaan onnistu, elleivät katsojat halua heittäytyä ajatuksellisiin ja toiminnallisiin leikkeihin (Heikkinen, 2003: 20). Aikuinen oppija on myös lopulta itse vastuussa siitä, sitoutuuko hän oppimiseen vai ei (Malinen, 2000), käytettiinpä opetuksessa millaisia oppimismenetelmiä tahansa.

Työpajateatterin erityispiirteiden tarkempi tarkastelu osoitti, että tietyt erityispiirteet toimivat vastaajien näkemysten mukaan oppimista heikentävinä. Boub ja Walker (1993: 80) esittävät, että oppimisen esteet voivat olla oppijaan ulkoisesti tai sisäisesti liittyviä: Ulkoiset esteet voivat liittyä esimerkiksi toisiin ihmisiin, oppimisympäristöön, oppijan omaan laajempaan elämäntilanteeseen tai sosiaalisiin tekijöihin kuten stereotypioihin tai kulttuurisiin odotuksiin. Oppijan sisäisiä esteitä voivat olla aiemmat negatiiviset kokemukset; ennako-oletukset siitä, mitä oppija itse kokee pystyvänsä tekemään; tiedostamattomat oletukset tai oppijan tunnetilat. Vastaajien näkemyksiä tarkastelemalla voidaan todeta, että oppimista heikensivät oppijaan ulkoisesti liittyneet tekijät, kuten opettajien kielteisesti koettu toiminta, epärealistisiksi koetut näytelmien käsikirjoitukset ja se, etteivät kaikki päässeet tai joutuneet lääkärin rooliin. Oppimista ehkäisivät myös oppijaan sisäisesti liittyvät tekijät, kuten omat negatiiviset asenteet, motivaation puute, jännittämi-

nen, lääketieteellisen tiedon puute ja osallistumisen vältteleminen. Koska työpajateatteri oppimismenetelmänä perustuu aktiiviseen toimintaan, vapaaehtoisuuteen ja sitoutumiseen, tulisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota heti aluksi opiskelijoiden asenteisiin, motivaatioon, jännittämiseen sekä sitoutuneisuuteen ja auttaa heitä pääsemään oppimisen esteiden yli siinä määrin kuin se on mahdollista.

Vastaajien näkemysten mukaan oppimista edistivät myönteisesti koettu ohjaajien toiminta, myönteinen kokemus vapaaehtoisesta vuorovaikutustaitojen harjoittelusta lääkärin roolissa ja myönteiset tunnereaktiot, realistiset käsikirjoitukset, reflektointi ryhmässä sovelletun foorumiteatterin aikana, vuorovaikutuksen havainnointi sekä oma aktiivisuus. Heikkisen (2003: 17) mukaan työpajateatterissa ohjaajan (jokerin) rooli on keskeinen ja hän näkee ohjaajan roolin opettaja-taiteilijana, jolla on oltava pätevyys toimia draaman maailmassa ja vastuu siitä, miten taidetta käytetään. Ohjaajalta vaaditaan erityistä kykyä olla vuoropuhelussa ryhmän kanssa ja kykyä yllättyä uusista ja yllättävistäkin ratkaisuehdotuksista (Heikkinen, 2003: 18). Toisaalta haasteellista erityisesti tämän tutkimuksen tulosten valossa on se, mihin ja miten ohjaaja tai ohjaajat asettavat rajat esimerkiksi vuorovaikutuksen tarkastelun ja diagnoosin tekemisen suhteen. Ohjaajien tulee miettiä tarkoin, kuinka opiskelijoita ohjeistetaan puuttumaan vuorovaikutuksen kulkuun ja mihin heidän huomionsa tulisi kiinnittyä.

Kokemukselliset oppimismenetelmät aktivoivat opiskelijoita ja kokemuksellisen oppimisen näkökulmasta on keskeistä tarjota oppijoille mielekäs kokemus, jota pystytään myös reflektomaan (Boud ym., 1993: 8–10). Myönteinen kokemus lääkärin roolista lisäsi vastaajien luottamusta omaan vuorovaikutusosaamiseensa. Myös työpajateatterin kokeminen hauskaksi, mukavaksi ja turvalliseksi

oppimisen tavaksi edisti vastaajien näkemysten mukaan oppimista. Varmuuden, itseluottamuksen ja turvallisuuden kokeminen ovat tärkeitä oppimisessa, sillä ne voivat vaikuttaa myönteisesti jopa opittavan asian omaksumiseen (Boud ym., 1993: 15). Myös myönteiset tunnereaktiot voivat edistää oppimista, sillä toisten antama tuki ja luottamus voivat auttaa jatkamaan haasteellista tehtävää tai tekemään sen entistä paremmin (Boud ym., 1993: 15).

Realistisuus on aiempien tutkimuksen mukaan edistänyt lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen harjoittelua roolipelin (Nestel & Tierney, 2007) ja simuloitujen potilaiden avulla (Bondevik, Smith-Sivertsen & Baerheim, 2006; Mönkkönen ym., 2007). Tässä tutkimuksessa todettiin lisäksi, että realistisuus auttoi eläytymään tilanteeseen ja näkemään asioita potilaan näkökulmasta. Heikkisen (2003: 21) mukaan työpajateatteri voi mahdollisesti lisätä empatiaa eli kykyä asettua toisen ihmisen asemaan, mutta tarkempien johtopäätösten tekeminen vaatisi oppimistuloksiin liittyvää jatkotutkimusta.

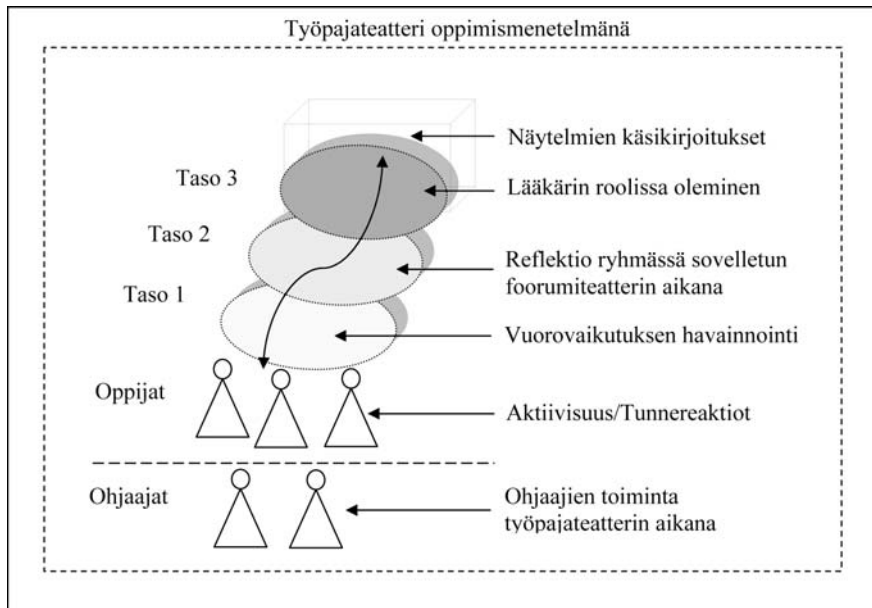
Vastaajien näkemysten perusteella työpajateatteri vaikuttaisi stimuloivan osallistujia toiminnanaikaiseen reflektioon, joka liittyy yleensä uuteen ongelmatilanteeseen, johon ihmisellä ei ole valmista ratkaisumallia (Schön, 1983). Tulevassa työelämässä nuori lääkäri kohtaa todennäköisesti uusia ongelmatilanteita, jotka hänen tulisi pystyä ratkaisemaan. Työpajateatteri näyttäisi valmentavan yhteiseen ongelmanratkaisuprosessiin, sillä tulosten perusteella oppimista edisti useiden näkökulmien esille tuleminen ja erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen testaaminen käytännössä. Vastaajien näkemysten mukaan useiden erilaisten mielipiteiden ja näkökulmien kuuleminen avarsi tai laajensi omaa ajattelua. Vuorovaikutusosaamisen oppimisessa ja opitun soveltamisessa on olennaista, että oppiminen on ongelmalähtöistä, koska tällöin oppijat voivat ymmärtää paremmin

vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä ja löytää esimerkiksi perusteluja erilaisille tavoille toimia vuorovaikutustilanteissa (Putnam & Ford, 1990).

Vastaajien näkemysten mukaan vuorovaikutuksen havainnoiminen edisti oppimista. Vuorovaikutustilanteen havainnoiminen ja analysoiminen ovat keskeisiä tapoja oppia vuorovaikutusosaamista (Hargie, 2006), ja työpajateatteri näyttäisi tarjoavan erinomaisen mahdollisuuden vuorovaikutuksen havainnointiin. Vastaajat toivat esiin myös oman aktiivisuuden tärkeyden oppimisessa. On merkittävää, että he itse oivalsivat aktiivisuuden vaikutuksen oppimiseen, sillä juuri kokemuksellisten oppimismenetelmien kohdalla oppijan oma toiminta on keskeisesti yhteydessä siihen, mitä ja miten paljon oppija kokemuksestaan hyötyy.

Tutkimuksen tulokset auttavat ymmärtämään työpajateatterin erityispiirteitä oppimismenetelmänä lääketieteen opiskelijoiden näkökulmasta. Tulosten perusteella voidaan todeta, että työpajateatteri aktivoi opiskelijoita ja tarjoaa mahdollisuuksia osallistua oppi-

mistilanteeseen useilla vapaaehtoisilla tavoilla. Opiskelija itse vaikuttaa siihen, kuinka hän osallistuu toimintaan työpajateatterin aikana. Ensinnäkin työpajateatteri mahdollistaa oppimisen havainnoimalla vuorovaikutusta erityisesti näytelmän katsomisvaiheessa ja sovelletun foorumiteatterin aikana. Toiseksi työpajateatteri stimuloi toiminnanaikaista ryhmässä tapahtuvaa reflektointia ja tarjoaa näin mahdollisuuden vuorovaikutuksen analysointiin, useiden näkökulmien kuulemiseen ja erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen keksimiseen ja testaamiseen. Kolmanneksi työpajateatteri tarjoaa mahdollisuuden harjoitella vuorovaikutustaitoja lääkärin roolissa, jolloin opiskelija saa kokemuksen uudessa ammattiroolissa toimimisesta. Näitä kolmea osallistumisen mahdollisuutta on havainnollistettu kuviossa 1, jossa taso yksi kuvaa mahdollisuutta vuorovaikutuksen havainnointiin, taso kaksi mahdollisuutta reflektointiin ryhmässä sovelletun foorumiteatterin aikana ja taso kolme mahdollisuutta asettua itse lääkärin rooliin.



Kuvio 1. Työpajateatterin mahdollistamat osallistumisen tasot

Tutkimuksen arviointi

Tutkimuksessa mukana olevien opiskelijoiden osuus koko vuosikurssista oli 32 %. Vastaajajoukko oli suhteellisen pieni ($N = 43$), mutta tutkimukseen osallistui 100 % opetuskokeiluun osallistuneista opiskelijoista. Tutkimus toteutettiin opetuskokeilun yhteydessä, jolloin vastaajat ovat voineet antaa sosiaalisesti suotuisia vastauksia (Frey ym., 2000: 96). Artikkelin ensimmäinen kirjoittaja toimi opetuskokeilussa puheviestinnän lehtorina, täsmäryhmähaastattelussa haastattelijana sekä aineiston analysoijana. Toimiminen sekä tutkijana että opettajana on saattanut vaikuttaa aineiston keräämiseen ja aineiston analysoinnin luotettavuuteen, sillä tutkijalla on kaksoisroolinsa vuoksi voinut olla ennakkokäsityksiä lääketieteen opiskelijoista, heidän näkemyksistään tai työpajateatterin toimivuudesta. Toisaalta tutkija-opettajan kokemus tutkittavista ja heidän elämismaa-ilmastaan voi lisätä tulosten täsmällisyyttä ja pätevyyttä (Creswell, 2009: 192). Tutkija-opettaja reflektoi ennakkokäsityksiään ennen aineiston keräämistä, ja hän piti tutkimuspäiväkirjaa koko tutkimusprosessin ajan. Saadakseen etäisyyttä aineistoon hän analysoi aineiston ensin vuonna 2008 ja uudelleen vuonna 2009. Analyysin luotettavuuden lisäämiseksi kyselylomakeaineistosta 50 % rinnakkaiskoodattiin. Rinnakkaiskoodauksen yksimielisyysprosentiksi tuli 93 %, jota voidaan pitää reliabiliteetin kannalta hyvänä (Miles & Huberman, 1994: 64).

Tutkimustulosten validiteettia pyrittiin lisäämään menetelmätriangulaatiolla (Miles & Huberman, 1994), kuvaamalla tulokset mahdollisimman rikkaasti ja tiheästi sekä tuomalla esiin eri teemoihin liittyneitä myönteisiä ja kielteisiä näkemyksiä (Creswell, 2009). Tuloksissa on tuotu esiin yksityiskohtaisesti myös pienemmän vastaajajoukon kriittisempiä näkemyksiä oppimismenetelmästä, vaikka vastaajista suurin osa toi esiin myönteisiä

näkemyksiään työpajateatterista oppimismenetelmänä. Tässä tutkimuksessa esitetyllä tavalla toteutettuna työpajateatteri ei tarjonnut kaikille opiskelijoille mahdollisuutta vuorovaikutustaitojen harjoitteluun, mikä olisi keskeistä taitojen oppimisen kannalta. Jatkossa työpajateatteriin voisi yhdistää esimerkiksi roolipeliharjoituksen, jolloin kaikki saisivat kokemuksen taitoharjoittelusta.

KIITOKSET

Tämä tutkimus ei olisi ollut mahdollinen ilman Suomen Kulttuurirahaston ja Emil Aaltosen säätiön apurahoja. Haluamme kiittää myös kaikkia opetuskokeiluun osallistuneita lääketieteen opiskelijoita ja opettajia sekä Ira Virtasta.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. (2002). *Käsikirjoittajan työkalut*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Asikainen, S. (2003). *Prosessidraaman kehittäminen museossa*. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Aspegren, K. (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Medical Teacher*, 21, 563–570.
- Boal, A. (1992). *Games for actors and non-actors*. London: Routledge.
- Boal, A. (1995). *The rainbow of the desire. The Boal method of theatre and therapy*. London: Routledge.
- Bondevik, G.T., Smith-Sivertsen, T. & Baerheim, A. (2006). Bruk av skuespiller i undervisningen av medisinstudenter. *Tidsskrift for Den norske Lægeförening*, 16, 2118–2121.
- Boud, D. & Walker, D. (1993). Barriers to reflection on experience. Teoksessa D. Boud, R. Cohen & D. Walker (toim.), *Using experience for learning*, (s. 73–86). Buckingham: SRHE and Open University Press.
- Boud, D., Cohen, R. & Walker, D. (1993). Introduction: understanding learning from experience. Teoksessa D. Boud, R. Cohen & D. Walker (toim.), *Using experience for learning*, (s. 1–17). Buckingham: SRHE and Open University Press.

- Brown, J.B., Steward, M. & Ryan, B.L. (2003). Outcomes of patient-provider interaction. Teoksessa T. Thompson, A.M. Dorsey, K.I. Miller & R. Parrot (toim.), *Handbook of health communication*, (s. 141–161). Mahwah: LEA.
- Cegala, D. J. & Broz, S. L. (2003). Provider and Patient Communication Skills Training. Teoksessa T.L. Thompson, A.M. Dorsey, K.I. Miller & R. Parrot (toim.), *Handbook of health communication*, (s. 95–119). Mahwah: LEA.
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2000). *Research methods in education*. 5. painos. London: Routledge.
- Creswell, J.W. (2009). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 3. painos. Los Angeles: SAGE.
- Dannels, D. (2001). Time to speak up: a theoretical framework of situated pedagogy and practice for communication across the curriculum. *Communication Education*, 50, 144–158.
- du Pré, A. (2001). Accomplishing the impossible: talking about body and soul and mind during a medical visit. *Health Communication*, 14, 1–21.
- Eagles, J.M., Calder, S.A., Nicoll, K.S. & Walker, L.G. (2001). A comparison of real patients, simulated patients and videotaped interview in teaching medical students about alcohol misuse. *Medical Teacher*, 23, 490–493.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V. Saul, J., Duffy, A. & Eves, R. (2002). Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 359, 650–656.
- Frey, L. R., Botan, C. H. & Krepes, G. L. (2000). *Investigating communication. An introduction to research methods*. 2. painos. Boston: Allyn and Bacon.
- Gerlander, M., Hyvärinen, M.-L., Almonkari, M., & Isotalus, P. (2009). Mitä ja miten puheviestinnän opintojaksoilla opetetaan? Teoksessa M. Almonkari & P. Isotalus (toim.), *Akateeminen puheviestintä: Kuinka opettaa puheviestintää yliopisto-opiskelijoille?*, (s. 8–24). Helsinki: Finn Lectura.
- Hargie, O. (2006). Skill in theory: Communication as skilled performance. Teoksessa O. Hargie (toim.), *The handbook of communication skills*, (s. 7–36). Lontoo: Routledge.
- Heikkinen, H. (2002). *Draaman maailmat oppimisalueina. Draamakasvatuksen vakava leikkisyyys*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Heikkinen, H. (2003). Draamakasvatus liminaalisena leikkikenttänä - TIE (Theatre-In-Education) -genren teoreettinen viitekehys. Teoksessa H. Heikkinen, & T.-L. Viirret (toim.), *Draamakasvatuksen teillä – Tutkimus TIE (Theatre-In-Education) –projektista*, (s. 11–24). Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Heikkinen, H. (2005). *Draamakasvatus – ope-
tusta, taidetta, tutkimista!* Jyväskylä: Minerva Kustannus Oy.
- Hoffman, A., Utley, B. & Ciccarone, D. (2008). Improving medical student communication skills through improvisational theatre. *Medical Education*, 42, 537–538.
- Howard, L.A. (2004). Speaking theatre/doing pedagogy: Re-visiting theatre of the oppressed. *Communication Education*, 53, 217–233.
- Humhris, G.M. & Kaney, S. (2001). Assessing the development of communication skills in undergraduate medical students. *Medical Education*, 35, 225–231.
- Jackson, T. (1993a). *Learning through theatre – new perspectives on Theatre in Education*. London: Routledge.
- Jackson, T. (1993b). Education or theatre? The development of TIE in Britain. Teoksessa T. Jackson (toim.), *Learning through theatre - new perspectives on Theatre in Education*, (s. 17–37). London: Routledge.
- Jacobsen, T., Baerheim, A., Lepp, M.R. & Schei, E. (2006). Analysis of role-play in medical communication training using a theatrical device the fourth wall. *BMC Medical Education*, 6. Noudettu 6.5.2009 osoitteesta <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1621062>
- Knowles, M. (1990). *The Adult Learner: a Neglected Species*. 4. painos. Houston: Gulf Publishing Company.
- Koponen, J. (2009). Vuorovaikutusosaamisen opettaminen lääketieteen opiskelijoille. Teoksessa M. Almonkari & P. Isotalus (toim.), *Akateeminen puheviestintä: Kuinka opettaa puheviestintää yliopisto-opiskelijoille?*, (s. 54–78). Helsinki: Finn Lectura.
- Koponen, P. (2004). *Improkirja*. Helsinki: Like.
- Kurtz, S., Silverman, J. & Draper, J. (2005). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. 2. painos. Oxford: Radcliffe.

- Lane, C. & Rollnick, S. (2007). The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005. *Patient Education and Counseling*, 67, 13–20.
- Lindlof, T. R. & Taylor, B. C. (2002). *Qualitative communication research methods*. 2. painos. Thousand Oaks: Sage.
- Makoul, G. (2003). The interplay between education and research about patient-provider communication. *Patient Education and Counseling*, 50, 79–84.
- Malinen, A. (2000). *Towards the essence of adult experiential learning: a reading of the theories of Knowles, Kolb, Mezirow, Revans and Schön*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- May, W., Park, J. H. & Lee, J. P. (2009). A ten-year review of the literature on the use of standardized patients in teaching and learning: 1996–2005. *Medical Teacher*, 31, 487–492.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2. painos. Thousand Oaks: SAGE.
- Mönkkönen, J. & Finstad, M. (2007). Lääkärin ja poliitikon viestintäosaamisen jäljillä. Teoksessa P. Isotalus, M. Gerlander, M. Jäkälä & T. Kokko (toim.), *Prologi – Puheviestinnän vuosikirja 2007*, 33–66.
- Mönkkönen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. (2007). Medical students' perceptions of simulated patient interviews with amateur actors. *DRAMA – Nordisk dramapedagogisk tidskrift*, 4, 20–25.
- Nestel, D. & Tierney, T. (2007). Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Medical education*, 7. Noudettu 6.5.2009 osoitteesta <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1828731>
- Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M. & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40, 903–918.
- O'Neill, C. (1995). *Drama worlds – a framework for process drama*. Portsmouth: Heinemann.
- O'Toole, J. (1992). *The process of drama, negotiating art and meaning*. London: Routledge.
- Owens, A. & Barber, K. (1998). *Draama toimii*. Helsinki: JB-kustannus.
- Putnam, L. L. & Ford L. (1990). Teaching organizational communication. Teoksessa J. A. Daly, G. W. Friedrich & A. L. Vangelisti (toim.), *Teaching communication. Theory, research, and methods*, (s. 115–128). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pyörälä, E. (2006). *Reflektiivinen toimintatapa palautekeskustelussa – haaste lääkäreiden vuorovaikutuskoulutukselle*. Peda-Forum 1/06, 30–32.
- Rees, C., Sheard, C. & McPherson, A. (2004). Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Education and Counseling*, 54, 119–121.
- Rubin, R.B. (1990). Communication competence. Teoksessa G. M. Phillips & J. T. Wood (toim.), *Speech communication: essays to commemorate the 75th anniversary of the Speech Communication Association*, (s. 94–129). Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Rutter, D. & Maguire, P. (1976). History-taking for medical students. – Valuation of a training programme. *Lancet*, 2, 558–560.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Shapiro, J. & Hunt, L. (2003). All the world's a stage: the use of theatrical performance in medical education. *Medical Education* 37, 922–927.
- Spitzberg, B.H. & Cupach, W.R. (2002). Interpersonal skills. Teoksessa M.L. Knapp, & J.A. Daly (toim.), *Handbook of interpersonal communication*, (s. 564–611). 3. painos. London: Sage.
- Stewart, D. W. & Shamdasani, P. N. (1990). *Focus groups. Theory and practice*. London: Sage.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Tynjälä, P. (1999). Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa A. Eteläpelto, & P. Tynjälä (toim.), *Oppiminen ja asiantuntijuus: työelämän ja koulutuksen näkökulmia*, (s. 160–179). Porvoo: WSOY.

- Valkonen, T. (2003). *Puheviestintätaitojen arviointi. Näkökulmia lukiolaisten esiintymis- ja ryhmätaitoihin*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Valtonen, A. (2005). Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa J. Ruusuvuori & L. Tiittula (toim.), *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*, (s. 223–241). Jyväskylä: Vastapaino.
- Viirret, T. L. (2003). Taiteellis-pedagoginen vaikuttaminen – merkitysasot TIE-työpajassa. Teoksessa H. Heikkinen, & T.-L. Viirret (toim.), *Draamakasvatuksen teillä – Tutkimus TIE (Theatre-In-Education) -projektista*, (s. 42–52). Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Vine, C. (1993). TIE and the Theatre of the Oppressed. Teoksessa T. Jackson (toim.), *Learning through theatre – new perspectives on Theatre in Education*, (s. 109–127). London: Routledge.
- Wilson, S. R. & Sabee, C. M. (2003). Explicating communicative competence as a theoretical term. Teoksessa J. O. Greene & B. R. Burleson (toim.), *Handbook of communication and social interaction skills*, (s. 3–50). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Østern, A.-L. (2000). Draamapedagogiikan genret pohjoismaisten opetussuunnitelmien valossa. Teoksessa P. Teerijoki, (toim.), *Draaman tiet – suomalainen näkökulma*, (s. 4–26). Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Østern, A.-L. (2007). The future of arts education – a European perspective. *Journal of Artistic and Creative Education*, 1, 222–248.
- Østern, A.-L. & Heikkinen, H. (2001). The aesthetic doubling. A central concept for the theory of drama education? Teoksessa B. Rasmussen, T. Kjølner, V. Rasmussen & H. Heikkinen (toim.), *Nordic Voices in drama theatre and education*, (s. 110–123). Bergen: IDEA publications.

FINNISH MEDICAL STUDENTS' PERCEPTIONS OF THE SUITABILITY OF THE THEATRE IN EDUCATION (TIE) METHOD FOR LEARNING INTERPERSONAL COMMUNICATION COMPETENCE

Jonna Koponen, Department of Speech Communication and Voice Research, University of Tampere

Eeva Pyörälä, Research & Development Unit for Medical Education, University of Helsinki

Pekka Isotalus, Department of Speech Communication and Voice Research, University of Tampere

The study objectives were to explore Finnish second-year medical students' perceptions of the special characteristics of the TIE method and its suitability for learning interpersonal communication competence. TIE was incorporated into a pilot course in speech communication and the research data were gathered with a questionnaire (N=43) and focus group interview. Percentages were calculated and the open-ended questions and transcriptions of the focus group interview analyzed using qualitative content analysis. According to the respondents, TIE provided opportunities for observing live patient-doctor interaction and reflecting the problematic situation together with peers in the modified forum theatre stage. TIE enabled students to practice interviewing skills voluntarily by assuming the doctor's role. Most of the respondents (86 %) thought TIE was suitable or very suitable, and minority (5 %) thought TIE was unsuitable for learning interpersonal communication competence in medicine. The results encourage communication instructors to apply TIE in medical students' communication training.

Keywords: Interpersonal communication competence, medical students, Theatre in Education.

A comparison of medical students' perceptions of three experiential methods

Jonna Koponen¹, Eeva Pyörälä² and Pekka Isotalus¹

¹ Department of Speech Communication and Voice Research, 33014 University of Tampere, Finland, ² Research & Development Unit for Medical Education, P.O.Box 20 00014 University of Helsinki, Finland.

Author Note

This study was undertaken as a part of a forthcoming doctoral dissertation supported by a grant from the Emil Aaltonen Foundation, which we gratefully acknowledge.

Correspondence concerning this article should be addressed to Jonna Koponen, Department of Speech Communication and Voice Research, 33014 University of Tampere, Finland. Telephone: +358 405639096. Email address: jonnapauliina.koponen@uef.fi

Abstract

Purpose – This study aims to compare Finnish medical students' perceptions of the suitability of three experiential methods in learning interpersonal communication competence (ICC). The three methods it seeks to explore are: Theatre in Education; simulated patient interview with amateur actors; and role-play with peers. The methods were introduced in a pilot course of speech communication.

Design/methodology/approach – Students (N = 132) were randomly assigned to three groups. The data were collected via questionnaire and focus group interviews, and analysed using qualitative content analysis and cross-case analysis.

Findings – Most of the medical students thought these methods were suitable or very suitable for learning ICC. The methods had five similar elements: the doctor's role, the patient's role, reflective participation, emotional reactions and teachers' actions. Being in a doctor's role, realistic scripts and patient-roles, observing the interaction and reflection in small groups were the most helpful elements in these methods.

Originality/value – The results of this study show that simulated patient interview with amateur actors, role-play with peers, and TIE are very suitable methods for practising professionally relevant ICC in the context of doctor-patient encounters from the medical students' perspective.

Key words Medical education, Communication skills, Theatre in Education, Simulated patient interview with amateur actors, Role-play with peers, Students, Teaching methods, Perception, Finland

Paper type Research paper

BACKGROUND

Doctors are expected to be not only good practitioners, but also good communicators. The success of patient-physician communication has been linked to patient satisfaction and better patient care (Ong *et al.*, 1995), fewer malpractice suits (Brown *et al.*, 2003), and to the physician's work satisfaction (du Pré, 2001). Therefore, it is essential to ensure that medical students graduate with the interpersonal communication competence (ICC) necessary in their profession. ICC consists of three elements, namely knowledge, skills and motivation (Rubin, 1990; Spitzberg and Cupach, 2002; Wilson and Sabee, 2003). Knowledge relates to the information that a person needs to be able to communicate in a way that is perceived to be competent in a certain context with certain people with whom they interact. Motivation concerns the desire to behave in ways that are viewed by those they interact as both appropriate and effective, whereas skill refers to the development of a repertoire of skills that enable both appropriate and effective communication (Rubin, 1990, p. 96). In order to be competent we must not only "know" and "know how", but we must also "do" and "know what we did" (Parks, 1994). Accordingly, medical students need to have a rudimentary understanding of the theory of communication; they need to have a positive attitude towards using communication skills; and they need to be trained in a repertoire of specific communication skills (Kaufman *et al.*, 2000).

Over 30 years, research has shown that specific communication skills training (CST) can lead to improvements in physicians' and medical students' communication skills (Cegala and Broz, 2003; Fallowfield *et al.*, 2002; Humphris and Kaney, 2001; Rutter and Maquire, 1976). The CST process requires observation, an opportunity for practise and repetition, appropriate feedback on communication behaviour, and motivation to practise communication skills (Hargie, 2006). Experience has been seen as the richest resource for adult learning, and therefore the core methodology of adult education is the analysis of experience (Boud *et al.*, 1993; Knowles, 1990). Both experiential learning theories and constructivism are based on the assumption that learners construct knowledge when attempting to make sense of their experiences (Malinen, 2000). Adult experiential learning is a re-construction process, which modifies adults' personal knowing of the world holistically (Malinen, 2000). The experience itself does not guarantee learning, but adults need to reflect on our experiences in

order to convert the experience into learning: reflection-in-action may occur in the middle of action, and reflection-on-action may take place after the action (Schön, 1987).

Experiential methods are more effective in CST in medicine than didactic instructional methods (Aspegren, 1999), and they are more likely than didactic instructional methods to lead to action or change in behavior or attitude, to result in experimentation with alternatives and in the development of skills and strategies (Kurtz *et al.*, 2005). Learners construct their experiences actively, and the meaning attributed to an event by a learner may have little to do with external measures of achievements (Boud *et al.*, 1993). Therefore, teachers need to acknowledge the importance of the learner's construction of the learning activities, and this should to be taken into account when judging the value of an activity (Boud *et al.*, 1993). However, few studies have focused on exploring and comparing medical students' perceptions of the use of different experiential methods in learning ICC (Lane and Rollnick, 2007; Rees *et al.*, 2004).

The aim of this study was to compare second-year medical students' perceptions of the suitability of three experiential learning methods in learning ICC, of the special elements of the methods, and of their helpful and unhelpful elements. The three methods explored are: Theatre in Education (TIE); simulated patient interview with amateur actors; and role-play with peers. These methods were adapted in a pilot course of speech communication in a university in Finland in 2006. In this study we do not assess ICC.

Simulated patients (SPs) and role-play with peers are commonly used methods in medical students' CST (Hargie *et al.*, 2010; Lane and Rollnick, 2007; May *et al.*, 2009). SPs (originally called programmed patients), were developed for assessment purposes in the 1960s to test junior medical students on their neurologic clerkships (Barrows and Abrahamson, 1964). Today SPs are widely used in the education of several health professions (May *et al.*, 2009). When used for assessment and research purposes, SPs are usually called standardized patients (Cleland *et al.*, 2009). SPs portray live interactive simulations of specific medical problems and communication challenges, and their roles can be played by trained professional/amateur actors, or members of the community (Kurtz *et al.*, 2005). SPs can act as patients based on real

patient cases, and they make it possible for students to practise in a safe environment without harming real patients (Kurtz *et al.*, 2005). SPs can be trained to give feedback and/or evaluate students' performance (Bokken *et al.*, 2009). However, SPs are expensive, using them requires administrative time, and some students may consider them artificial (Kurtz *et al.*, 2005), or feel anxiety when practising with them (Hoffman *et al.*, 2008).

Role-play has been defined by Van Ments (1989, p. 16) as follows:

"The idea of role-play, in its simplest form, is that of asking someone to imagine that they are either themselves or another person in a particular situation. They are then asked to behave exactly as they feel that person would. As a result of doing this they, or the rest of the class, or both, will learn something about the person and/or situation." (Van Ments 1989, p. 16)

The origins of role-play are usually traced back to Moreno (as cited in Dickson *et al.*, 1991), who introduced it as a means of improving the general social skills of a group of delinquent girls. When role-play is adapted to CST with medical students, it usually means that fellow trainees play the role of the patient and the doctor (Lane and Rollnick, 2007). Role-play can be done without much organization or costs, and it makes possible to practise through observation, feedback and re-rehearsal (Kurtz *et al.*, 2005). However, role-play may be perceived by medical students to be unrealistic, which can impede learning (Nestel and Tierney, 2007). Moreover, learners may have difficulties in adopting the proposed roles (Kurtz *et al.*, 2005).

Besides SPs and role-play, another experiential learning method, TIE, has been recently applied to teaching ICC to medical students' (Koponen *et al.*, 2010). TIE has its origins in Britain in the 1960s, and it connects theatre techniques with education, utilises elements of traditional theatre, educational drama and simulation, and contains carefully structured patterns of activities around the selected topic (Jackson, 1993). The point is to use theatre performance and drama techniques as a stimulus in order to activate the students to think about the selected theme, and take part in the fictional context created. The aims, content, activities and drama conventions are designed through co-operation with the teacher(s) and a theatre group (Jackson, 1993). TIE differs from SPs and role-play, since the whole group of students is actively involved throughout the TIE workshop, and the focus is not only on practising and

evaluating a student's performance in a doctor's role. In the field of health education, TIE workshops have addressed issues such as HIV and AIDS (Denman *et al.*, 1996), old people's special health issues (Ball, 1993), and health topics relevant to young people (Douglas *et al.*, 2000). However, as far as we know, TIE has rarely been used with medical students.

Some studies have explored medical students' views of the use of SPs and role-play in CST. For example, first-year to fifth-year medical students' (N = 32) views of the methods used in CST were studied by the focus group method, and the results show that students preferred experiential methods such as SPs, and were positively disposed to role-play (Rees *et al.*, 2004). However, some students criticised role-play interviews for being artificial, preferring practise with real patients. In another study, third-year and sixth-year medical students' (N = 188) perceptions of using actors in the communication and consultation training have been studied using a questionnaire (Bondevik *et al.*, 2006). It was found that 97 per cent of students thought the teaching sessions with actors were valuable, they benefited from observing and practising communication skills, and role-plays were described as credible and realistic. Nevertheless, the students pointed out the risk of exaggerating the patient roles and lack of nuancing. First-year medical students' (N = 284) experiences of practising medical interviews through role-play with peers have also been explored using a questionnaire (Nestel and Tierney, 2007). The students thought that the key aspects of helpful role-play were opportunities for observation, rehearsal and discussion, realistic roles, and alignment of roles with other aspects of the curriculum. Unhelpful elements were strong negative emotional reactions and factors that contributed to a lack of realism. Another study compared real patients, SPs and videotaped interview in teaching fourth-year medical students (N = 156) about alcohol misuse (Eagles *et al.*, 2001). There were no differences in end-of-session knowledge levels or attitudes to patients with alcohol misuse problems, but a live simulated patient was rated by students as significantly better than either real patients or a videotaped interview with regard to the acquisition of interview skills (Eagles *et al.*, 2001).

Studies show that medical students seem to have mainly positive views of the use of SPs and role-play in CST. In their literature review of the use of SPs and role-play, Lane and Rollnick (2007) noted the lack of studies comparing the use of these

methods in CST. In a few studies these two learning strategies have been found to be equally effective, e.g. when teaching motivational interviewing to health care professionals (Lane *et al.*, 2008), when teaching motivational interviewing skills to third-year medical students (Mounsey *et al.*, 2006), and when first-year medical students practised smoking-cessation techniques (Papadakis *et al.*, 1997). However, there appear to be no studies comparing medical students' perceptions of different experiential methods, the methods' special elements, and elements which students consider helpful or unhelpful for their learning. Therefore, the following questions guided our research:

- What similarities and differences are there in second-year medical students' perceptions of the suitability of three experiential learning methods in learning interpersonal communication competence?
- What are the special elements in these three experiential learning methods, and what similarities and differences are there between the special elements, according to second-year medical students?
- What are the helpful and unhelpful elements in each experiential learning method, according to second-year medical students?

METHODS

The study represents mixed methods research (Johnson *et al.*, 2007). Data were collected using a questionnaire and focus group interviews. These are both self-report methods, which are commonly used when studying peoples' perceptions concerning communication (Frey *et al.*, 2000). We used a mixed methods procedure (Creswell, 2009) and our aim was to integrate qualitative and quantitative data to provide a comprehensive analysis of the research questions.

The pilot course of speech communication

In response to a curriculum reform, we developed a pilot course in speech communication for second-year medical students in co-operation with clinical lectures and a speech communication lecturer. The aims of the pilot course were to: help students learn to analyse doctor-patient communication; let them practise interpersonal communication skills; and help them to understand the meaning of communication and interpersonal communication skills in the doctor-patient relationship.

Emphasis was placed on history-taking skills, especially on building a relationship with the patient, questioning, listening, nonverbal communication, and providing structure to the consultation. These skills were selected on the basis of the enhanced Calgary-Cambridge Observation Guide (Kurtz *et al.*, 2005). The structure of the pilot course is shown in Table 1. The pilot course had elements of the CST model (Hargie, 2006), namely preparation, training and evaluation. Grading was pass/fail.

Table 1 *The structure of the pilot course of speech communication*

Preparation	Training	Evaluation
<i>Everyone</i> - 1 h introduction - 2 h/7 small groups - We discussed students' previous conceptions of physician's ICC and their previous learning experiences. - A short lesson in doctor-patient communication was given. - Students analysed doctor-patient interaction shown on a DVD. - Students formulated their learning goals.	<i>Group A (TIE)</i> - 2 x 2 h - Small groups 1, 2, 3 - TIE workshop <i>Group B (SP)</i> - 2 x 2 h - Small groups 4, 5 - Simulated patient interviews with amateur actors <i>Group C (RP)</i> - 2 x 2 h - Small groups 6, 7 - Role-play with peers	<i>Everyone</i> - The students spend two days in local health centres. - The students had a self-study exercise: they observed real doctor-patient encounters and wrote a report based on their findings. <i>Everyone</i> - 2 h - 7 small groups - The students analysed and discussed the self-study exercises - Students' conceptions of physicians' interpersonal communication competence and students' learning experiences were discussed.

Participants

The students (N = 136) were randomly assigned to three groups.¹ Of the participants invited to take part of the study, 132 (97.1 per cent) participated. In group A (n = 43), we used the TIE method: 13 males and 30 females took part, their ages ranging from 20 to 29 years ($M = 21.7$; $Mdn = 21$). In group B (n = 44) we used SP interviews with amateur actors (SP): 14 males and 30 females took part, their ages ranging from 20 to 34 years ($M = 22.6$; $Mdn = 22$). In group C (n = 45) we used role-play with peers (RP): 19 males and 26 females took part, their ages ranging from 19 to 31 years ($M = 22.1$; $Mdn = 22$). Randomization to three groups was successful ($\chi^2 = 1.659$; $df = 2$; $p = .436$).

Group A was facilitated by a clinical lecturer and a speech communication lecturer. Four trained amateur actors performed the plays. Groups B and C were facilitated by a professor in general practice, six clinical lecturers and a speech communication lecturer. Seven trained amateur actors played the parts of the patients. The structure of the TIE workshop is shown in Table 2 and the structures of the simulated patient interview with amateur actors and role-play with peers are shown in Table 3.

Table 2 *The structure of the TIE workshop*

1. PLANNING	2. TIE WORKSHOP WITH MEDICAL STUDENTS			
<ul style="list-style-type: none"> - choosing the content and focus - writing the scripts based on real patient cases (headache and common cold) - choosing dramaturgy and rehearsing the play - choosing drama conventions 	Warm-up exercises <ul style="list-style-type: none"> - drama concert - games - improvisation - still images 	The play <ul style="list-style-type: none"> - played by amateur actors - included challenges (e.g. doctor was not listening or making eye-contact) - ended in conflict between doctor and patient 	Modified forum theatre <ul style="list-style-type: none"> - discussion in pairs - characters' hidden thoughts - hot seat (interviewing the doctor-actor) - modified forum theatre (stopping the action and trying out several possible solutions) - being in a doctor's role voluntarily 	Reflection <ul style="list-style-type: none"> - giving advice to each character - reflecting on one's own communication style - discussion in a small group

Table 3 *The structure of the simulated patient interviews with amateur actors and role-play with peers*

1. Orientation	The student who was in a doctor's role set his/her own goals for the rehearsal. Other students (5) observed the rehearsal using feedback cards.
2. Simulated patient interview with amateur actor/Role-play with peer student	The medical student was in a doctor's role and an amateur actor/peer student played the part of the patient. Patient cases dealt with the common cold, headache, alcohol, stress, asthma, insomnia, backache and blood pressure.
3. "Calling a colleague"	If the student wanted to, s/he could stop the action and discuss the case with fellow students.

4. Continuing the rehearsal	After getting some advice, the student continued the rehearsal.
5. Self-reflection	After the rehearsal students had an opportunity to reflect on their actions and evaluate their behaviour, according to their goals.
6. Feedback discussion	First the amateur actor/peer student gave feedback from the patient's perspective. Then fellow students and the teacher joined the feedback discussion using the feedback cards, which were: 1) the structure of the patient interview, 2) using questions, 3) building a relationship with the patient, 4) listening, and 5) nonverbal communication.

Questionnaire

First, the data were gathered systematically in each group after the pilot course with a questionnaire including two main sections. The first section dealt with respondents' background information: age, gender, name (optional), letter of the peer group (A, B, C) and approval for the study. The second section dealt with respondents' perceptions of the learning method they had experienced, and contained one Likert scale item and three open-ended questions. Respondents were asked to evaluate the suitability of the methods for learning ICC on a five-point Likert scale (5 = very good, 3 = neither good nor bad, 1 = very bad). The open-ended questions were: (1) "Write about the suitability of the learning method in learning interpersonal communication competence. Did it promote or hinder your learning? Please answer in detail". (2) "What did you think of the teachers' actions?" (3) "Any other comments?".

The response rate for the questionnaire was 100 per cent in group A, 96 per cent in group B and 96 per cent in group C. Respondents were allocated numbers thus: 1a–43a in group A, 1b–44b in group B, and 1c–45c in group C.

Focus group interviews

Next, data were gathered using three focus group interviews with volunteers from each group. Eight students (F = 3, M = 5) from group A, five (F = 4, M = 1) from group B, and six (F = 5, M = 1) from group C took part. We used the focus group method in order to add depth to the responses obtained in the more structured questionnaire (Stewart and Shamdasani, 1990). The corresponding author conducted the interviews, building up relatively open discussion on the students' perceptions of the learning method they had experienced. Interviews were carried out one to two weeks

after the pilot course; they lasted from 60 to 75 minutes, and were videotaped and transcribed.

Data analysis

In the first phase of analysis we organized the data in three data groups corresponding to the groups A, B and C. Each data-group contained the answers gathered with the questionnaire and a focus group interview. We used within-case analysis for each data-group in order to describe, understand and explain what had happened in a single case (Miles and Huberman, 1994). First, the number and percentage values of the Likert scale evaluations were calculated. Then the responses to open-ended questions and focus group interviews were analysed using ATLAS.ti 5.5.9 qualitative data analysis software with qualitative content analysis (Frey *et al.*, 2000; Tuomi and Sarajärvi, 2002).

We analysed the qualitative data systematically starting with data group A. We reviewed responses to the open-ended questions of questionnaire data A and looked for any phrases or sentences that represented respondents' perceptions of TIE as a learning method. Every response forming a conceptual unity was coded, and the codes were named respecting the original data (Tuomi and Sarajärvi, 2002). For example, the response *"It was great to be able to try the doctor's role"* (respondent 37a) was coded as *positive experience of being in a doctor's role*. All the codes related to the doctor's role were then grouped into a theme and labeled *being in a doctor's role*. A total of 27 codes emerged from questionnaire data A, and we termed this code list A. The codes were then grouped into eight main themes. Finally, the frequencies of the codes in each theme were calculated.

We then continued to analyse the focus group data A concerning respondents' perceptions of TIE as a learning method. We used the code list A to investigate whether the respondents expressed the same meanings in both data sets and whether these sets of data confirmed each other (Creswell and Plano Clark, 2007). We used the same kind of qualitative content analysis as described above. The code list A proved suitable for the analysis of the focus group data A, and grouping the codes showed that the same eight main themes we had found in the questionnaire data A emerged.

We used a similar procedure when analyzing data groups B and C. From the questionnaire data B, concerning respondents' perceptions of the simulated patient interview with amateur actors, we found 29 codes (code list B), which were grouped into seven main themes. The code list B proved suitable for analyzing the focus group data B, and the same seven themes were formed. From the questionnaire data C, concerning respondents' perceptions of the role-play with peers, we found 30 codes (code list C), which were grouped into eight main themes. The code list C proved suitable for analyzing the focus group data C, and the same eight themes were formed.

The codes developed in the qualitative content analysis were cross-checked by two independent coders, who cross-checked 50 per cent of the questionnaire data A, B and C. Cross-checking was based on whether the researcher and the cross-checkers agreed on the codes used for the same passages in the text (Miles and Huberman, 1994). The results of the cross-checking of the questionnaire data A showed 93 per cent agreement, questionnaire data B 96 per cent agreement, and questionnaire data C 93 per cent agreement.

In the second phase of the analysis, a cross-case analysis was undertaken to compare the results found from each within-case analysis, and to find similarities and differences among students' perceptions. Specifically, a stacking comparable cases strategy was used (Miles and Huberman, 1994), wherein we stacked the case-level displays into a matrix, which was then further condensed, permitting systematic comparison. We first returned to the original data-groups A, B and C and read the original data again. We then organised the main themes found from each data group and also the results obtained with one Likert scale evaluation into a matrix. We compared the Likert scale evaluations. We grouped the main themes found from each data group by similarity, and we compared the similarities and differences of the contents in the themes. We compared the frequencies of the themes. Through the comparison of the qualitative data we formed six main themes, which were similar in each data group, and organised the themes and their subcategories into a new meta-matrix. This was further divided into three result tables, which are presented in the results section. The results contain examples from the original focus group data A, B, and C, and the respondents' answers contain an individual number and a symbol for the focus group interview (e.g. a respondent from peer group B has the symbol fgB38).

RESULTS

Respondents' perceptions of the suitability of the methods

Our first research question concerned the similarities and differences in second-year medical students' perceptions of the suitability of three experiential methods in learning ICC. Table 4 shows the means with standard deviations in three groups. Most respondents (86 per cent) in group A considered TIE suitable or very suitable, and a minority (4.6 per cent) considered it unsuitable for learning ICC. In group B, most respondents (91 per cent) considered the simulated patient interview with amateur actors suitable or very suitable, and a minority (4.6 per cent) considered it unsuitable for learning ICC. In group C, most respondents (84 per cent) considered role-play with peers suitable or very suitable, and a minority (6.7 per cent) considered it unsuitable for learning ICC. Comparison between the mean values showed no significant differences (Kruskal Wallis test $\chi^2 = 4.418$; $df = 2$; $p = .110$).

The results of the cross-case analysis showed that Theme 1, The learning method itself, explains respondents' perceptions of the methods' suitability in learning ICC (see Table 4). In group A, most of the units in responses were related to respondents' positive perceptions of TIE as a learning method. TIE was considered a good, interesting and new learning method which promoted learning. The group size was considered good. A minority of the units in responses were related to respondents' negative experiences of TIE as a learning method, such as considering TIE an unexciting method and not suitable for learning ICC, and having negative perceptions of the method before the course. In the focus group interview, the respondents who had negative perceptions of TIE did not see the purpose of the drama contract or warm-up exercises, but the respondents' who expressed having positive perceptions of TIE appreciated them, as respondents described:

- "I think it [drama contract] committed people to participate since without commitment this kind of workshop does not work at all." (fgA2)
- "I think the warm-up exercises alleviated tension." (fgA37)

Table 4 Respondents' perceptions of the suitability of three methods in learning ICC

Likert-scale ratings	Means with standard deviations in each peer group		
	Group A (TIE)	Group B (SP)	Group C (RP)
	<i>M</i> 4.23 <i>SD</i> 0.81	<i>M</i> 4.48 <i>SD</i> 0.88	<i>M</i> 4.22 <i>SD</i> 0.88
THE LEARNING METHOD ITSELF	Number of units in responses within each peer group		
	Group A (TIE)	Group B (SP)	Group C (RP)
THE LEARNING METHOD ITSELF	66 (*)	75 (*)	70 (*)
A positively experienced learning method	43 (33)	32 (27)	33 (26)
Learning method promoted learning	10 (10)	22 (18)	19 (16)
Patient interview prepared for the future	0 (0)	10 (10)	5 (5)
Suitable group size	3 (3)	3 (3)	7 (6)
Negatively experienced learning method	10 (6)	8 (6)	6 (4)

**Number of respondents mentioning the subcategory is shown in brackets.*

In group B also most of the units in responses were related to the respondents' positive perceptions of simulated patient interviews with amateur actors. The method was considered good, interesting, valuable, and suitable for learning ICC. The group size was considered small enough and the exercise was thought to be good preparation for their future profession. A minority of the units in responses were related to respondents' negative experiences of the learning method. Respondents reported that they had negative perceptions of the method before the course, that these exercises were useless and not related enough to a doctor's real work, or that they did not get enough repetition to practise with this method. In the focus group interview, the respondents' perceptions of the method were generally positive, even though four of them felt anxiety before and/or during the exercise, as one respondent described:

- "Well, I enjoyed it very much, even though it was stressful, but when I was in the situation it was very nice." (fgB38)

In group C, most of the units in responses were related to the respondents' positive views of the role-play with peers. The method was considered to be good, interesting, suitable for learning ICC, and to promote learning. Group size was thought to

be small enough and role-play with peers was good preparation for their future profession. A minority of the units in the responses was related to respondents' negative experiences of the method. Respondents expressed having negative perceptions of the method before the course, they thought that role play was unsuitable for learning ICC, or that these exercises were useless. Most respondents in the focus group interview had positive perceptions of the method, as one respondent expressed:

- "I think these exercises actually motivated me to continue my medical studies." (fgC12)

Respondents' perceptions of the special elements of the methods

Our second research question concerned the medical students' perceptions on the special elements in these three experiential methods, and the similarities and differences between these elements. The results of the cross-case analysis show that themes 2-6 explain the students' perceptions of the special elements. These themes, their subcategories, and units in responses are presented in Table 5. The respondents thought that these three methods have similar special elements, namely the doctor's role, the patient's role, reflective participation, emotional reactions, and teachers' actions. The similarities and differences within these main elements can be found through comparison of the subcategories of each theme.

The doctor's role. In all three groups, the respondents thought that the experience of being in a doctor's role was valuable and important practise for their future profession. Respondents emphasized the opportunity to actually perform the doctor's professional role themselves for the first time during their medical studies. The experience was considered interesting, challenging, and a great opportunity to use one's knowledge and practise one's communication skills. In addition, respondents in group B valued the option to stop the action and ask their peers for advice during the rehearsal. In all peer groups, assuming the doctor's role improved self-confidence, as the respondents described:

- "It was interesting to notice how a doctor's role and white coat boosted my self-confidence, even though in real life I might be shy. But when you play the role you are, in a way, a new person." (fgA2/ TIE)

Table 5 *The special elements of the three experiential learning methods*

	Number of units in responses within each peer group					
	Group A (TIE)		Group B (SP)		Group C (RP)	
THE DOCTOR'S ROLE	Being in a doctor's role	42 (*)	Being in a doctor's role	49 (*)	Being in a doctor's role	42 (*)
	The positive experience of being in a doctor's role	16 (12)	The positive experience of being in a doctor's role	23 (19)	The positive experience of being in a doctor's role	26 (21)
	Voluntariness	8 (7)	Calling a colleague	8 (8)	The challenge of being in a doctor's role	5 (5)
	Not taking the doctor's role	8 (8)	The challenge of being in a doctor's role	5 (5)	Negative experience of being in a doctor's role	3 (3)
	Avoiding taking part	7 (7)	Negative experience of being in a doctor's role	4 (3)	Lack of medical knowledge	8 (8)
	Lack of medical knowledge	3 (3)	Lack of medical knowledge	9 (8)		
THE PATIENT'S ROLE	The scripts	32 (*)	Amateur actor as a patient	52 (*)	Peer student as a patient	51 (*)
	Realistic scripts	10 (8)	Amateur actor as a patient was realistic	18 (16)	Peer student as a patient was realistic	4 (4)
	Empathetic understanding	8 (5)	Amateur actors were professionally skilled	6 (6)	Peer student as a patient was safe	6 (6)
	Understanding the patient's perspective	4 (3)	Serious attitude toward the rehearsal	6 (6)	Serious attitude toward the rehearsal	7 (5)
	Unrealistic scripts	10 (7)	Comparing amateur actor with peer student	6 (5)	Peer student as a patient was unrealistic	16 (13)
			Unrealistic rehearsal situation	6 (5)	Comparing peer student with amateur actor	8 (8)

			Patient cases	10 (10)	Patient cases	10 (8)
					Being in a patient's role	26 (*)
					The positive experience of being in a patient's role	12 (11)
					Understanding the patient's perspective	10 (9)
					The negative experience of being in a patient's role	4 (4)
REFLECTIVE PARTICIPATION	Observing the interaction	30 (22)	Observing the interaction	21 (15)	Observing the interaction	6 (6)
	Reflection in the group during the modified forum theatre	32 (*)	Feedback discussions	41 (*)	Feedback discussions	21 (*)
	Intervening in the play	16 (15)	Receiving feedback	13 (11)	Receiving feedback	3 (3)
	Discussion in the group	5 (5)	Self-evaluation	13 (10)	Self-evaluation	9 (8)
	Several perspectives	11 (9)	Teachers' feedback	7 (6)	Teachers' feedback	7 (5)
	Activeness	30 (*)	Peer students' feedback	3 (3)	Peer students' feedback	2 (2)
	Active participation	9 (8)	Amateur actors' feedback	5 (4)		
	Being stimulated to think	18 (14)				
	Lack of motivation	3 (2)				
EMOTIONAL REACTIONS	Emotional reactions	26 (*)	Emotional reactions	25 (*)	Emotional reactions	38 (*)
	Pleasant	12 (11)	Pleasant	7 (6)	Pleasant	16 (11)

	Fun	9 (8)	Fun	2 (2)	Fun	7 (7)
	Safe	2 (2)	Nice	4 (3)	Nice	3 (3)
	Stressful	3 (3)	Stressful	12 (11)	Stressful	5 (5)
					Relaxed	7 (6)
TEACHERS' ACTIONS	Teachers' actions during the TIE workshop	47 (*)	Teachers' actions during the simulated patient interview	52 (*)	Teachers' actions during the role-play	51 (*)
	Positively experienced teachers' actions	40 (36)	Positively experienced teachers' actions	40 (31)	Positively experienced teachers' actions	47 (38)
	Negatively experienced teachers' actions	7 (7)	Negatively experienced teachers' actions	12 (11)	Negatively experienced teachers' actions	4 (4)

*Note. * Number of the respondents mentioning the subcategory is shown in brackets.*

- “I had a very successful experience, or how would I say, I think I did well in a doctor’s role and I was able to continue the conversation.” (fgB8/SP)
- “In a way it really improved my self-confidence, I mean I succeeded, when I had said everything I knew and could have predicted and when I was empathetic and asked all the questions, the patient was satisfied.” (fgC21/RP)

However, there were differences concerning the doctor’s role in the three groups. In group A the students were able to choose whether they wanted to assume the doctor’s role and change roles with the amateur actor. In groups B and C, every student had to assume the doctor’s role. In group A, the voluntariness was considered to be either favourable or unfavourable. It was considered unfavourable because the bravest or fastest students took the doctor’s role. In addition, eight respondents reported avoiding taking part because of anxiety or uncertainty. In all groups, a few respondents thought that a lack of medical knowledge made it hard to formulate questions for the patient. In groups B and C, assuming the doctor’s role was considered to be challenging, because it was not as easy as had been supposed. In group B, a few respondents reported having negative experiences of being in the doctor’s role, because the situation was stressful, hard, or unpleasant, or they felt they were a failure because they could not carry out the rehearsal as perfectly as they wanted to. In group C, negative experiences of being in the doctor’s role were related to not being able to consider the peer student to be a patient.

The patient’s role. The patient’s role was different in each group, since in group A the patients were described in the play, in group B the patient roles were played by amateur actors, and in group C the patient roles were played by peers. However, some similarities could be found among the subcategories of this theme, namely realism and unrealism. Realism was considered helpful in all groups. In group A, ten respondents found the scripts realistic, and therefore they thought it was possible to empathize with the characters and appreciate the patient’s perspective, as one respondent described:

- “I was able to think of the patient as a real person, not as an imaginary figure, and I was trying to think what the patient was thinking.” (fgA14)

In group B, the amateur actors were considered realistic since they were unknown, coming from outside the university, and they were professionally skilled and performed their roles realistically. The patient-cases were considered realistic, and some thought they were exactly like real patient cases which they had seen in health centres. Six respondents thought that using peers would not have felt as real as using actors. Because of the element of realism, the respondents felt that it was easier to assume the doctor's role and take the rehearsal seriously, as one respondent expressed it:

- “I think this exercise was really good when I was in a doctor's role and when we had actors as patients. I was able to assume the doctor's role very well.” (fgB32)

In group C, a few respondents thought that peer students as patients were realistic, and they performed their roles well, so it was possible to take the rehearsal seriously. Having different patient cases was thought to be educative, and practicing patient interviews for the first time with a peer was considered safe, as one respondent described:

- “I felt that practising with someone you know was safe and therefore I was able to focus completely on practising communication skills.” (fgC30)

At the same time, unrealism was considered unhelpful in all groups. In group A, seven respondents found the scripts unrealistic because the doctor-actor's communication “mistakes” were too obvious and the patient cases too intensified. They also reported that the rehearsal situation did not feel real, since everybody else was watching. In group B, a few respondents thought that the rehearsal situation felt unrealistic, since everybody else was watching, the amateur actor was not a real patient, the students were not able to carry out the physical examination, and the patient cases were unrealistic or medically challenging. In group C the peers were considered unrealistic as patients since the students already had a relationship with each other, the peers were not able to adopt the suggested patient role, the patient role differed too much from the peers' personality, and peers did not look like the patient described in the patient-case, e.g., they were not fat or old enough. Some of the patient-

cases were also considered unrealistic or medically challenging, and eight respondents thought that it would have been more realistic to practise with actors.

The main difference in the patient's role in these three groups was that only in group C were students able to assume the patient's role. This experience was mainly valued even though a few respondents considered it hard or not worth practicing. The experience of assuming the patient's role helped the respondents to view the consultation from the patient's perspective as well, as one respondent described:

- "It was very rewarding. I was able to act as someone else, and it was really nice that I was able to pick up something from what the doctor said or did. I think this way I might be able to understand the patient in the future, since I felt emotions, like "Hey, I could get mad because you said that!" or "It was really annoying when she did that". So in the future when I am in a doctor's role I can imagine how the patient feels in that situation." (fgC37)

Reflective participation. Because of the nature of the learning methods, reflective participation differed in the three groups. In group A, respondents pointed out that during the forum theatre stage of the TIE workshop, observing made it possible to focus on and analyse the doctor-patient interaction, and consider how the doctor-actor could change his/her communication behavior. According to respondents in group B, observing peers' patient interview with amateur actors was valuable, promoted learning, helped them to realize that there are alternative ways to communicate with patients, and stimulated them to think how the observer would him/herself react in similar situations. Observing was not considered stressful, and therefore it was possible to analyse the doctor-patient interaction more precisely than when being in a doctor's role. In group C, six respondents thought that observing helped them to analyze the doctor-patient interaction, realize that there are alternative ways to communicate with patients, and give feedback to peers. In all groups the respondents considered observing the interaction promoted their learning, as the following examples show:

- "Learning through TIE was diversified since we were able to observe the interaction and also take part in the interaction." (fgA27/TIE)

- “I think I learned most when I was observing the others’ performance.” (fgB7/SP)
- “The method was good since I was able to observe many encounters and then think what went well and what could be done differently.” (fgC37/RP)

The main difference in reflective participation between these three methods was that respondents in group A emphasized reflection during the modified forum theatre, while in groups B and C respondents highlighted the importance of feedback discussions. In group A, respondents appreciated being able to intervene in the play by stopping the action and discussing with the group when several viewpoints and proposals came up. Respondents thought that TIE stimulated them to think and led to new thoughts. However, a few respondents reported a lack of motivation and disinclination to be active. In group B, the respondents appreciated the self-evaluation and receiving feedback from amateur actors, peers and teachers after playing a doctor’s role. Receiving feedback was considered important, nice, constructive and encouraging. The respondents reported that they received good concrete advice on how to improve their communication skills and important information about the strengths and weaknesses of their own communication skills. The amateur actors’ feedback was valued and thought to be objective since they were strangers. In group C, self-evaluation and receiving feedback from peers and teachers were also valued, and feedback discussions were considered to be important, honest, constructive, and good. Respondents thought they got good concrete advice on how to improve their communication skills, and some wished to get more feedback.

Emotional reactions. In general, all three methods aroused more positive than negative emotional reactions, and all methods were considered pleasant and fun. The main difference was that practicing patient interviews with amateur actors was considered to be more stressful than practicing through TIE or role-play. In group A, the respondents thought that it was safe to practise ICC through TIE, but being in a doctor’s role or expressing one’s own opinions during a reflective discussion in the forum theatre stage was stressful. In group C, the learning atmosphere was considered to be relaxed when practising with peers, but five respondents thought that being in a doctor’s role was stressful. In group B, the respondents thought that the method was nice but stressful, because the amateur actors were strangers, everybody else was watch-

ing the exercise, being in a doctor's role was a new situation, and starting the exercise was exciting, as one respondent described:

- "It was scary to think that I will be in that situation where all my peers are watching and evaluating my performance, and that's why I felt so nervous. I felt I didn't want to go into that situation in front of my peers because it was totally new to me and I have never practised it." (fgB18)

Teachers' actions. Most of the units in the responses in all three groups were related to respondents' positive perceptions of the teachers' actions. Teachers were thought to be actively involved and motivating, and they were described as supportive, exuberant, nice, motivated to teach, positive, empathetic, and professionally skilled. A minority of the respondents experienced the teachers' actions negatively. In group A, the respondents did not relate well to the teachers, or they criticized them for not letting the students go far enough in their medical reasoning, but instead got them to focus on the interaction with the patient. In groups B and C, the respondents criticized some teachers for not motivating the reluctant students, or not knowing how to facilitate the small groups, as the following example shows:

- "At the beginning our teacher was... I don't know, maybe he didn't know the system, since he didn't seem to know how he was supposed to guide the group." (fgB8)

Respondents' perceptions of the helpful and unhelpful elements

Our third research question concerned respondents' perceptions of the helpful and unhelpful elements in each learning method. Table 6 shows that practicing communication skills in a doctor's role, realistically experienced scripts or patient-roles, observing the interaction, positive emotional reactions and positively experienced teachers' actions were considered helpful elements. In addition, reflecting on the problematic situation together with peers in the modified forum theatre stage in the TIE method, and the multifaceted feedback discussion in the other two methods, were considered helpful. The unhelpful elements were avoiding being in a doctor's role or having a negative experience of being in a doctor's role, lack of medical knowledge, experiencing stress during the rehearsal, unrealistic scripts, patient cases or peer student performances, negatively experienced teachers' actions, and in TIE lack of motivation, and avoiding taking part.

Table 6 *The helpful and unhelpful elements in the three methods*

	Group A (TIE)	Group B (SP)	Group C (RP)
Helpful elements	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntary communication skills training in a doctor's role • Realistic scripts • Observing the interaction, activeness, and reflecting on the problematic situation together with peers in the modified forum theatre stage • Positive emotional reactions • Positively experienced teachers' actions 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication skills training in the doctor's role • Realistic patient roles and amateur actors' performance • Observing the interaction and feedback discussions • Positive emotional reactions • Positively experienced teachers' actions 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication skills training in the doctor's role • Realistic patient roles and peers' performance • Practicing the patient's role and understanding the patient's perspective • Feedback discussions and observing the interaction • Positive emotional reactions • Positively experienced teachers' actions
Unhelpful elements	<ul style="list-style-type: none"> • Avoiding taking the doctor's role and lack of medical knowledge • Unrealistic scripts • Avoiding taking part, lack of motivation, and experiencing the rehearsal as stressful • Negatively experienced teachers' actions 	<ul style="list-style-type: none"> • Negative experience of being in the doctor's role and lack of medical knowledge • Unrealistic rehearsal situation • Experiencing the rehearsal as stressful • Negatively experienced teachers' actions 	<ul style="list-style-type: none"> • Negative experience of being in the doctor's role and lack of medical knowledge • Peers as patients were unrealistic (students already had a relationship with each other, peer was not able to sink into the patient role, peers did not look like the patients described) • Experiencing the rehearsal as stressful • Negatively experienced teachers' actions

DISCUSSION

This comparison of the second-year medical students' perceptions of the suitability of three experiential learning methods in learning ICC showed that students had very positive views on the use of all three methods. More than 84 per cent of the respondents in each group considered TIE, simulated patient interview with amateur actors, and role-play with peers suitable or very suitable for learning ICC. There were no statistically significant differences in respondents' perceptions. The result is supported by previous findings of medical students' positive views on SPs (Eagles *et al.*, 2001; Rees *et al.*, 2004; Bondevik *et al.*, 2006) and role-play with peers (Nestel and Tierney, 2007). However, a few respondents in each group had negative perceptions of the suitability of the methods for learning ICC. When different learners are involved in the same event, their experience of it varies and they will construct it differently, since they have different expectations, attitudes, knowledge, and emotions (Boud *et al.*, 1993).

According to the respondents, these three methods had five similar special elements: the doctor's role, the patient's role, reflective participation, emotional reactions and teachers' actions. These elements were found to be important for students' learning. The helpful elements in each learning method seemed to be associated with the essential components of learning communication skills (Hargie, 2006), since all three methods allowed participants to observe the interaction, practise communication skills, and reflect on the interaction and/or receive feedback. The unhelpful elements in each learning method seemed to be both external and internal (Boud and Walker, 1993). External barriers were negatively experienced teachers' actions, unrealistic scripts, patient cases or peer student performances and, in the TIE method, the absence of an obligation to be in a doctor's role. Internal barriers were lack of motivation, anxiety, lack of medical knowledge, and, in the TIE method, avoiding taking part. Next we discuss each of the five elements in more detail.

Practicing communication skills in a doctor's role was valued by the students in all groups, and it was thought to improve self-confidence. Practise is one of the central elements in developing communication skills (Hargie, 2006), and the role of self-esteem and confidence are central in experiential learning, since learners need appropriate support, trust and challenge from others, which can enable them to contin-

ue tasks which might first seem challenging (Boud *et al.*, 1993). Practising communication skills in actual doctor-patient encounters motivated the students, and it could support their professional development, since, as in any other profession, learning the relevant schemas and scripts for the profession is an important part of professional development (Hargie, 2006). However, using TIE as described here did not guarantee skills training for all the students, and therefore role-play could be used within or after the TIE workshop to guarantee skills training for everyone. Some students also reported that lack of medical knowledge made them worry about being in a doctor's role. Even though second-year students' medical knowledge is limited, it is important to start practising communication skills in the early stages of medical studies in order to help the students to acquire positive habits (Hargie *et al.*, 2010; van Dalen *et al.*, 2001), and to continue CST through all years in order to maintain them (Kurtz *et al.*, 2005).

According to respondents, realistic patient-cases or scripts are essential for the patient's role. Realism has previously been found to be one of the advantages when using role-play (Nester and Tierney, 2007) and SPs in communication training (Bonddevik *et al.*, 2006). In this study the scripts and patient-cases were based on clinical lecturers' real experiences in order to increase the level of realism, but it was not a complete success. Second-year students have limited experiences of real patient contacts, and in order to increase the level of realism in the future, the patient-cases could be based on students' and lecturers' experiences. Increasing the level of realism is important since respondents practicing through TIE and role-play reported that realism enabled them to empathize with the characters, and assuming the patient's role in the role-play exercise helped them to understand the patient's perspective. These results show that TIE and role-play may enhance empathetic understanding in students. It has been shown that medical students' vicarious empathy significantly decreases during medical school, and therefore empathy should be constantly reinforced by the use of role-play throughout medical education (Newton *et al.*, 2008). The results of this study support the notion of using role-play and TIE in order to help students to build empathetic understanding, but further research on learning outcomes achieved with these methods is needed in order to draw precise conclusions.

According to respondents, observing the interaction was found valuable especially when practicing through TIE and simulated patient interviews with amateur actors. In addition to observation, the TIE method also enhanced reflection in the group during the modified forum theatre. Since reflection occurred in the middle of action, it could be argued that TIE enhanced especially reflection-in-action (Schön, 1987). However, the respondents did not emphasize the reflective discussions at the end of the TIE workshop. When practicing patient interviews with amateur actors or role-play, the respondents found multifaceted feedback discussions valuable, and therefore it could be argued that these methods enhanced reflection-on-action (Schön, 1987). Learning reflection can be important for medical students' professional development: a recent study showed that using reflective practice had a positive effect on the accuracy of diagnosis in complex, unusual cases, made by internal medicine residents (Mamede *et al.*, 2008).

All three methods studied aroused mainly positive emotional reactions, but a minority of the respondents considered them stressful. A recent study of British medical students' (N = 247) social anxiety showed that a minority (8 per cent) of students experienced high levels of social anxiety which correlated with negative attitudes to communication skills teaching, and this may impact on the likelihood of student participation in workshops (Laidlaw, 2009). Also, a study of Finnish university students' (N = 1323) study-related social anxiety showed that practicing communication skills was one of the contexts where students experienced social anxiety most (Almonkari, 2007). The results of this study show that when using SPs, role-play and TIE, teachers should focus on students' anxiety, and help them to overcome the barriers as much as possible. Teachers could alleviate tension by using role-play and/or TIE in the beginning of CST, since the students' considered these two methods less stressful than practising with amateur actors.

The teachers' actions were experienced as mainly positive by the students in all peer groups. The limited negative views of the teachers' actions were mainly related to teachers. This emphasizes the importance of training the trainers. This was the first time in our medical school that a team of a speech communication lecturer and clinical lecturers were involved in planning and delivery of CST. The results encourage us to continue and to develop the teamwork and to have a designated person responsi-

ble for CST, which seems to be beneficial current trend in UK medical schools (Hargie *et al.*, 2010).

This study was carried out in the context of a pilot course and therefore respondents may have provided socially desirable responses (Frey *et al.*, 2000). The number of respondents was rather small in all groups, but the response rates were excellent. Triangulation of two different data sources was used in order to build a coherent justification for the themes (Creswell, 2009). However, the results obtained may have been biased by the speech communication lecturer, since she gathered the data during the pilot course, and she could have unknowingly provided cues about what types of responses were desirable. Therefore, the codes developed in the qualitative content analysis were cross-checked, and the results showed more than 93 per cent agreement in each data-group, which shows good reliability (Miles and Huberman, 1994). However, the evaluations of the suitability of the methods for learning ICC were based only on students' perceptions. In the future, an assessment of the effectiveness of the methods should be carried out.

The results of this study show that simulated patient interview with amateur actors, role-play with peers, and TIE are very suitable methods for practising professionally relevant ICC in the context of doctor-patient encounters from the medical students' perspective. By varying the theme of the TIE play and the patient-cases in other two methods, all three methods could be adapted for teaching ICC to more advanced students or professionals, and in the other professional relationships as well, such as in nurse/dentist-patient, pharmacist-client, or salesperson-customer relationships.

References

- Almonkari, M. (2007), *Jännittäminen opiskelun puheviestintätilanteissa*, [In Finnish with English abstract: Social anxiety in study-related communication situations], Doctoral dissertation, University of Jyväskylä, Jyväskylä.
- Aspegren, K. (1999), "BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine - a review with quality grading of articles", *Medical Teacher*, Vol. 21 No. 6, pp. 563–570.
- Ball, S. (1993), "Theatre in health education", in Jackson, T. (Ed.), *Learning through theatre. New perspectives on Theatre In Education*, Routledge, London, pp. 227–238.
- Barrows, H.S. and Abrahamson, S. (1964), "The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology", *Journal of Medical Education*, Vol. 39 No. 8, pp. 802–805.
- Bokken, L., Linssen, T., Scherpbier, A., van der Vleuten, C. and Rethans, J.-J. (2009), "Feedback by simulated patients in undergraduate medical education: a systematic review of the literature", *Medical Education*, Vol. 43 No. 3, pp. 202–210.
- Bondevik, G.T., Smith-Sivertsen, T. and Baerheim, A. (2006), "Bruk av skuespillere i undervisningen av medisinstudenter" [Use of actors to train medical students in communication skills], *Tidsskrift for Den norske Legerforening*, [The Journal of the Norwegian Medical Association], Vol. 16, pp. 2118–2121.
- Boud, D. and Walker, D. (1993), "Barriers to reflection on experience", in Boud, D., Cohen, R. and Walker, D. (Eds.), *Using experience for learning*, SRHE and Open University Press, Buckingham, pp. 73–86.
- Boud, D., Cohen, R. and Walker, D. (1993), "Introduction: understanding learning from experience", in Boud, D., Cohen, R. and Walker, D. (Eds.), *Using experience for learning*, SRHE and Open University Press, Buckingham, pp. 1–17.
- Brown, J.B., Steward, M. and Ryan, B.L. (2003), "Outcomes of patient-provider interaction." in Thompson, T., Dorsey, A.M., Miller, K.I. and Parrot, R. (Eds.), *Handbook of Health Communication*, LEA, Mahwah, pp. 141–161.
- Cegala, D.J. and Broz, S.L. (2003), "Provider and patient communication skills training", in Thompson, T.L., Dorsey, A.M., Miller, K.I. and Parrot, R. (Eds.), *Handbook of health communication*, LEA, Mahwah, pp. 95–119.
- Cleland, J.A., Abe, K. and Rethans, J.-J. (2009), "The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42", *Medical Teacher*, Vol. 31 No 6., pp. 477–486.
- Creswell, J.W. (2009), *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*, (3rd ed.), SAGE, Los Angeles.
- Creswell, J.W. and Plano Clark, V.L. (2007), *Designing and conducting mixed methods research*, SAGE, Thousand Oaks.
- Denman, S., Davis, P., Pearson, J. & Madeley, R. (1996). HIV theatre in health education: an evaluation of Someone Like You. *Health Education Journal*, Vol. 55 No 2., pp. 156-164.
- Dickson, D.A., Hargie, O.D.W. and Morrow, N.C. (1991), *Communication skills training for health professionals*, Chapman & Hall, London.
- Douglas, N., Warwick, I., Whitty, G. & Aggleton, P. (2000). Vital Youth: evaluating a theatre in health education project. *Health Education*, Vol. 100 No 5, 207–215.
- Du Pré, A. (2001), "Accomplishing the impossible: talking about body and soul and mind during a medical visit", *Health Communication*, Vol. 14 No. 1, pp. 1–21.

- Eagles, J.M., Calder, S.A., Nicoll, K.S. and Walker, L.G. (2001), "A comparison of real patients, simulated patients and videotaped interview in teaching medical students about alcohol misuse", *Medical Teacher*, Vol. 23 No. 4, pp. 490–493.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A. and Eves, R. (2002), "Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial", *The Lancet*, Vol. 359, pp. 650–656.
- Frey, L.R., Botan, C.H. and Kreps, G.L. (2000), *Investigating communication. An introduction to research methods*, (2nd ed.), Allyn & Bacon, Boston.
- Hargie, O. (2006), "Skill in theory: Communication as skilled performance", in Hargie, O. (Ed.), *The handbook of communication skills*, (3rd ed.), Routledge, London, pp. 7–36.
- Hargie, O., Boohan, M., McCoy, M., and Murphy, P. (2010), "Current trends in communication skills training in UK schools of medicine", *Medical Teacher*, Vol. 32 No. 5, pp. 385–391.
- Hoffman, A., Utley, B. and Ciccarone, D. (2008), "Improving medical student communication skills through improvisational theatre" *Medical Education*, Vol. 42 No. 5, pp. 537–538.
- Humphris, G.M. and Kaney, S. (2001), "Assessing the development of communication skills in undergraduate medical students", *Medical Education*, Vol. 35, pp. 225–231.
- Jackson, T. (1993), *Learning through Theatre - new perspectives on Theatre in Education*, Routledge, London.
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J. and Turner, L.A. (2007), "Towards a definition of mixed methods research", *Journal of mixed methods research*, Vol. 1 No. 2, pp. 112–133.
- Kaufman, D.M., Laidlaw, T.A. and Macleod, H. (2000), "Communication skills in medical school: exposure, confidence, and performance", *Academic Medicine*, Vol. 75 No. 10, pp. 90–92.
- Koponen, J., Pyörälä, E., and Isotalus, P. (2010), "Teaching interpersonal communication competence to medical students through Theatre in Education", *Communication Teacher*, Vol. 24, No. 4, 211–214.
- Knowles, M. (1990), *The Adult Learner: a Neglected Species* (4th ed.), Gulf Publishing Company, Houston.
- Kurtz, S., Silverman, J. and Draper, J. (2005), *Teaching and learning communication skills in medicine*, (2nd ed.), Radcliffe, Oxford.
- Laidlaw, A.H. (2009), "Social anxiety in medical students: Implication for communication skills teaching", *Medical Teacher*, Vol. 31, pp. 649–654.
- Lane, C. and Rollnick, S. (2007), "The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005", *Patient Education and Counseling*, Vol. 67, pp. 13–20.
- Lane, C., Hood, K. and Rollnick, S. (2008), "Teaching motivational interviewing: using role-play is as effective as using simulated patients", *Medical Education*, Vol. 42 No. 6, pp. 637–644.
- Malinen, A. (2000), *Towards the essence of adult experiential learning: a reading of the theories of Knowles, Kolb, Mezirow, Revans and Schön*, Jyväskylä, Doctoral dissertation, University of Jyväskylä, Jyväskylä.

- Mamede, S., Schmidt, H.G. and Penaforte, J.C. (2008), "Effects on reflective practice on the accuracy of medical diagnoses", *Medical Education*, Vol. 42, pp. 468–475.
- May, W., Park, J.H. and Lee, J.P. (2009), "A ten-year review of the literature on the use of standardized patients in teaching and learning: 1996–2005", *Medical Teacher*, Vol. 31 No. 6, pp. 487–492.
- Miles, M.B. and Huberman, A.M. (1994), *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* (2nd ed.), SAGE, Thousand Oaks.
- Mounsey, A.L., Bovbjerg, V., White, L. and Gazewood, J. (2006), "Do students develop better motivational interviewing skills through role-play with standardised patients or with student colleagues?", *Medical Education*, Vol. 40 No.8., pp. 775–780.
- Nestel, D. and Tierney, T. (2007), "Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits", *BMC Medical education*, 7:3, available at: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-7-3.pdf> (accessed 21 October 2010).
- Newton, B.W., Barber, L., Clardy, J., Cleveland, E. and O'Sullivan, P. (2008), "Is there hardening of the heart during medical school?", *Academic Medicine*, Vol. 83 No. 3, pp. 244–249.
- Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M. and Lammes, F.B. (1995), "Doctor-patient communication: a review of the literature", *Social Science & Medicine*, Vol. 40 No. 7, pp. 903–918.
- Papadakis, M.A., Croughan-Minihane, M., Fromm, L.J., Wilkie, H.A. and Ernster, V.L. (1997), "A comparison of two methods to teach smoking-cessation techniques to medical students", *Academic Medicine*, Vol. 72 No. 8, pp. 725–727.
- Parks, M.R. (1994), "Communication competence and interpersonal control", in Knapp, M. and Miller, G. (Eds.), *Handbook of interpersonal communication*, (2nd ed), SAGE, Thousand Oaks.
- Rees, C., Sheard, C. and McPherson, A. (2004), "Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills", *Patient Education and Counseling*, Vol. 54 No. 1, pp. 119–121.
- Rubin, R.B. (1990), "Communication competence", in Phillips, G.M. and Wood, J.T. (Eds.) *Speech communication: essays to commemorate the 75th anniversary of the Speech Communication Association*, Southern Illinois University Press, Carbondale, pp. 94–129.
- Rutter, D. and Maguire, P. (1976), "History-taking for medical students - Valuation of a training programme", *The Lancet* Vol. 2, pp. 558–560.
- Schön, D.A. (1987), *Educating the reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning in the profession*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Spitzberg, B.H. and Cupach, W.R. (2002), "Interpersonal skills", in Knapp, M.L. and Daly, J.A. (Eds.), *Handbook of interpersonal communication*, (3rd ed.), SAGE, London, pp. 564–611.
- Stewart, D.W. and Shamdasani, P.N. (1990), *Focus groups. Theory and practice*, SAGE, London.
- Tuomi, J. and Sarajärvi, A. (2002), *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* [Qualitative research and content analysis], Tammi, Helsinki.
- Van Dalen, J., Bartholomeus, P., Kerkhofs, E., Lulofs, R., Van Thiel, J., Rethans, J.-J., Scherpbier, A.J.J.A., and Van Der Vleuten, C.P.M. (2001), "Teaching and assessing

- communication skills in Maastricht: the first twenty years", *Medical Teacher*, Vol. 23 No. 3, pp. 245–251.
- van Ments, M. (1989), *The effective use of role-play. A handbook for teachers and trainers*, Kogan Page, London.
- Wilson, S.R. and Sabee, C.M. (2003), "Explicating communicative competence as a theoretical term", in Greene, J.O. and Burleson, B.R. (Eds.), *Handbook of communication and social interaction skills*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, pp. 3–50.
-

ⁱ Ethical approval to conduct the study was obtained from the lawyer of our university, even though it was not required according to the regulations at our university.

"On tärkeää kuunnella potilasta tarkkaan ja myös osoittaa se" – lääketieteen opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset kolmessa ryhmässä

Jonna Koponen, Eeva Pyörälä & Pekka Isotalus

Tiivistelmä

Lääkäriin ammatissa tarvitaan ammatillisten tietojen ja kliinisten taitojen hallinnan ohella vuorovaikutusosaamista, jota voidaan kehittää vuorovaikutuskoulutuksen avulla. Tässä tutkimuksessa¹ kuvataan ja verrataan puheviestinnän opetuskokeiluun osallistuneiden lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijoiden (N = 132) itsearvioituja oppimistuloksia kolmessa ryhmässä. Opetuskokeilussa opiskelijat jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään, joissa käytettiin erilaisia oppimismenetelmiä. Ryhmässä A (n = 43) oppimismenetelmänä oli työpajateatteri, ryhmässä B (n = 44) simuloidut potilaat, ja ryhmässä C (n = 45) roolipeli. Tutkimusmenetelmänä oli kyselylomake. Analysointimenetelminä käytettiin laadullista sisällönanalyysiä ja tapausten välisen vertailun menetelmää. Analyysin tuloksena muodostui viisi teemaa, jotka kuvaavat opiskelijoiden itsearvioituja oppimistuloksia: 1) vuorovaikutustaitojen oppiminen, 2) vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen, 3) tiedollinen oppiminen, 4) potilaskeskeisyyden oppiminen sekä 5) ei oppinut uutta. Tulosten tarkastelu osoitti, että opiskelijat itsearvioivat oppineensa hyvin samansuuntaisia asioita kaikissa ryhmissä. Suurin ero ryhmien välillä liittyi potilaskeskeisyyden oppimiseen, jota koettiin opitun eniten ryhmässä, jossa käytettiin oppimismenetelmänä työpajateatteria. Tulosten perusteella voidaan todeta, että opetuksen tavoitteet saavutettiin hyvin.

Asiasanat: itsearviointi, lääketieteen opiskelijat, oppimistulokset, vuorovaikutuskoulutus

Johdanto

Lääkäriin ammatissa tarvitaan ammatillisten tietojen ja kliinisten taitojen hallinnan ohella vuorovaikutusosaamista. Vuorovaikutusosaamiseen liittyy tie-

¹ Artikkelin perustuu Jonna Koposen väitöskirjatutkimukseen, jonka ohjaajina toimivat Pekka Isotalus Tampereen yliopistosta ja Eeva Pyörälä Helsingin yliopistosta.

dollinen, taidollinen ja affektiivinen ulottuvuus, jotka ovat yhteydessä toisiinsa (Valkonen 2003). Lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutusosaamisen kehittämiseksi tarvitaan vuorovaikutusopintoja, jotka ovat vakiintuneet osaksi lääkäreiden peruskoulutusta (Pyörälä & Hietanen 2011). Clarkin (2002, 389) mukaan olisi keskeistä tutkia vuorovaikutuskoulutuksen käytänteitä ja arvioida, kuinka ne vaikuttavat oppimistuloksiin (asenteisiin, tietoihin ja taitoihin), joita haluamme saavuttaa. Tässä tutkimuksessa kuvataan ja verrataan puheviestinnän opetukseen osallistuneiden lääketieteen opiskelijoiden (N = 132) itsearvioituja oppimistuloksia kolmessa ryhmässä.

Näkökulmia vuorovaikutuskoulutuksen arviointiin

Vuorovaikutuskoulutuksen arviointi voidaan toteuttaa lukuisilla tavoilla. Arvioinnilla voidaan viitata koulutusohjelman, yksittäisen koulutuksen tai opintojakson arviointiin, tai sillä voidaan tarkoittaa oppijoiden oppimistulosten arviointia (Cook 2010). Kirkpatrick (2006, 21–26) on erottanut koulutuksen arvioinnissa neljä toisiinsa liittyvää tasoa, jotka ovat 1) koulutettavien reaktiot koulutukseen (asiakastytyväisyys), 2) oppiminen (oppimistulokset, kuten asenteiden muuttuminen, tietojen lisääntyminen ja/tai taitojen parantuminen), 3) koulutettavien käyttäytymisen muuttuminen, 4) tulokset ja vaikutus ajan kuluessa (organisaatio-/järjestelmätason tuloksellisuus). Tässä tutkimuksessa huomio kohdistuu vuorovaikutuskoulutuksen arviointiin itsearvioitujen oppimistulosten näkökulmasta.

Lääketieteen opiskelijoille tai asiantuntijoille suunnatun vuorovaikutuskoulutuksen arvioinnissa erotetaan tietojen, asenteiden, vuorovaikutustaitojen, ja lopputulosten arviointi. Tietoa vuorovaikutuksesta voidaan arvioida esimerkiksi tenttien, monivalintakysymysten tai testien avulla (Kurtz, Silverman & Draper 2005). Tietojen ja ymmärryksen testaamiseen on kehitetty erityinen OSVE-tentti (objective structured video exam), jossa lääketieteen opiskelijoiden tehtävänä on havainnoida ja analysoida videoidusta potilashaastattelusta keskeisiä vuorovaikutustaitoja ja asemoida ne potilashaastatteluun (Humphris & Kaney 2000). Lääketieteen opiskelijoiden asenteita vuorovaikutustaitojen oppimista kohtaan voidaan tutkia esimerkiksi CSAS-mittarilla (Communication Skills Attitude Scale) (Rees, Sheard & Davies 2002).

Lääketieteen alalla vuorovaikutustaitojen arviointi on tyypillisesti toteutettu arvioimalla koulutettavan henkilön videoituja potilashaastatteluharjoituksia ennalta sovittujen kriteerien mukaisesti (Smith ym. 2007). Lääketieteen alalla vuorovaikutustaitojen arviointiin on kehitetty erityinen OSCE-tentti (objective structured clinical examination), jossa lääketieteen opiskelijat kiertävät strukturoituja tehtävärasteja kliinisesti realistisissa tilanteissa (Kurtz, Silverman & Draper 2005). Tehtävien suorittamista arvioi ulkopuolinen havainnoija ennalta sovittujen kriteerien ja arviointiasteikkojen mukaisesti.

Lopputulosten arviointi liittyy ammatissa toimivien lääkäreiden vuorovaikutustaitojen arviointiin, mikä voidaan toteuttaa esimerkiksi videoimalla koulutukseen osallistuvan lääkärin todellisia potilaskohtaamisia ja arvioimalla niitä koulutuksen järjestäjien toimesta (Kurtz, Silverman & Draper 2005, 267). Arvioinnissa voidaan käyttää myös portfolioita, itsearviointia, vertaisarviointoja, ulkopuolisia arvioijia, potilasarviointoja tai simuloituja potilaita (Kurtz, Silverman & Draper 2005).

Itsearviointi

Opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset ovat yksi tapa tarkastella vuorovaikutuskoulutuksessa saavutettuja oppimistuloksia (Clark 2002). Itsearviointi on keskeisessä osassa kokemukseen ja sen reflektointiin perustuvassa vuorovaikutuskoulutuksessa (Kurtz, Silverman & Draper 2005, 254). Myös konstruktivistinen näkökulma oppimiseen painottaa itsearvioinnin merkitystä oppimisessä (Rauste von Wright, von Wright & Soini 2003, 185–186). Itsearviointi tarkoittaa oppijan omaa arviota omasta oppimisestaan, erityisesti hänen omista saavutuksistaan ja oppimistuloksistaan (Boud & Falchikov 1989). Korkeakoulutuksessa käytetyistä itse- ja/tai vertaisarvioinnista tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa Dochy, Segers ja Sluijsmans (1999) toteavat, että tutkimuksissa on saatu myönteisiä tuloksia itsearvioinnin soveltamisesta korkeakoulutukseen. Heidän mukaansa itsearviointi johtaa oman toiminnan monipuolisempaan reflektointiin, vastuunottamiseen omasta oppimisesta sekä auttaa ymmärtämään omia tapoja ratkaista ongelmia. Itsearvioinnin tarkkuus paranee ajan myötä ja tarkkuutta parantaa se, että opettaja antaa palautetta oppijan itsearvioinneista. Tässä tutkimuksessa itsearviointiin keskittymisellä haluttiin painottaa opiskelijoiden aktiivisuutta sekä opintojaksolla että arviointiin liittyen. Lähtökohtana oli ajatus siitä, että nykyisin työelämässä asiantuntijoilta odotetaan taitoa oman toiminnan reflektointiin sekä kykyä oppia jatkuvasti uutta tietoa, jolloin myös oppimisen itsearviointitaidot ovat keskeisiä elinikäisen oppimisen näkökulmasta (Tynjälä 1999). Itsearviointitaidon kehittyminen on puheviestinnän opetuksessa tärkeä tavoite, sillä taitava viestijä tietää mitä osaa ja missä vuorovaikutusosaamisen osa-alueella hän voisi kehittyä (Valkonen 2003, 220).

Tutkimuksen tavoite

Lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa käytetään usein kokeuksellisia oppimismenetelmiä, kuten simuloituja potilaita ja roolipeliä (Lane & Rollnick 2007). Erialaisten kokeuksellisten oppimismenetelmien käytöstä on kuitenkin niukasti vertailututkimusta (Aspegren 1999). Aiemmassa tutkimuksemme olemme vertailleet lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä työpajateatterin, simuloitujen potilaiden ja roolipelin erityispiirteistä ja menetelmien soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen (Koponen, Pyörälä & Isotalus 2011). Aiempi tutkimuksemme ei kuitenkaan tarkastellut kolmessa ryhmässä saavutettuja oppimistuloksia. Sen vuoksi tässä tutkimuksessa kysytään: Millai-

sia lääketieteen opiskelijoiden itsearvioitua oppimistulokset kolmessa ryhmässä ovat ja millaisia yhtäläisyyksiä ja eroja näissä oppimistuloksissa on?

Menetelmä

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen, ja se pyrkii ymmärtämään maailmaa, jossa tutkittavat elävät, ja niitä subjektiivisia merkityksiä, joita he antavat kokemuksilleen (Creswell 2009, 8). Nämä merkitykset ovat moninaisia ja sen vuoksi tutkija pyrkii löytämään merkitysten monimuotoisuuden ja laajuuden (Creswell 2009, 8). Puheviestinnän alalla on tyypillisesti käytetty itsearviointimenetelmiä, kun on haluttu saada tietoa vastaajien viestintään liittyvistä näkemyksistä ja kokemuksista (Frey, Botan & Kreps 2000, 96). Koska tässä tutkimuksessa lähtökohtana on ajatus siitä, että ihminen on itse paras arvioimaan ja antamaan tietoa omista oppimistuloksistaan, on tutkimusmenetelmänä käytetty kyselylomakkeen avoimia kysymyksiä, joihin vastaaja on voinut vastata omin sanoin. Aineisto kerättiin puheviestinnän opetuskokeilun yhteydessä vuonna 2006.

Puheviestinnän opetuskokeilu

Lääketieteen opiskelijoille suunnattu puheviestinnän opetus suunniteltiin tiimityönä puheviestinnän ja lääketieteen opettajien kanssa. Opetuksen tavoitteena oli 1) antaa valmiuksia lääkäri-potilassuhteen vuorovaikutuksen osatekijöiden analysoimiseen, 2) harjoitella vuorovaikutustaitoja sekä 3) auttaa opiskelijaa ymmärtämään [ja arvostamaan] viestinnän ja vuorovaikutustaitojen merkitys lääkäri-potilassuhteessa. Keskeiseksi vuorovaikutustilanteeksi valittiin potilashaastattelu lääkärin vastaanotolla ja opetuksessa keskityttiin viiden vuorovaikutustaidon harjoitteluun (suhteen luominen potilaaseen, kysymysten käyttö, kuunteleminen, nonverbaalinen viestintä ja vastaanoton rakenteen hahmottaminen). Vuorovaikutustaitojen valinnan perusteena oli Kurtzin, Silvermanin ja Draperin (2005) luoma lääketieteellisen alan vuorovaikutuskoulutukseen tarkoitettu opetussuunnitelma. Alakohtaisesti suunniteltu puheviestinnän opetus pohjautui sekä kokemuksen ja reflektion avulla oppimiseen että konstruktivistiseen näkemykseen oppimisesta (Rauste-von Wright, von Wright & Soini 2003). Opetuskokeilussa lääketieteen toisen vuosikurssin opiskelijat (N = 136) jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään. Ryhmässä A oppimismenetelmänä oli työpajateatteri, ryhmässä B simuloidut potilaat ja ryhmässä C roolipeli. Ryhmiä ohjasivat lääketieteen ja puheviestinnän opettajat. Koulutetut harrastajanäyttelijät esittivät työpajateatterin näytelmän ryhmässä A ja toimivat potilaan rooleissa ryhmässä B. Kontaktiopetuksen laajuus oli kahdeksan tuntia. Lisäksi opiskelijat analysoivat aitoja lääkärin ja potilaan välisiä vuorovaikutustilanteita terveyskeskuspäivien aikana. Opetuskokeilun eteneminen on kuvattu tarkemmin aiemmassa tutkimuksessa (Koponen, Pyörälä & Isotalus 2011). Arviointiasteikko oli hyväksytty–hylätty.

Kyselylomake

Kyselylomake oli muodoltaan sähköinen palautelomake, johon vapaaehtoisia opiskelijoita pyydettiin vastaamaan opetuksen päätyttyä. Kyselylomake sisälsi neljä osiota: 1) vastaajien taustatiedot, 2) vastaajien kokemat oppimistulokset, 3) vastaajien näkemykset oppimismenetelmistä ja 4) vastaajien näkemykset opetuksen kehittämisestä. Tässä tutkimuksessa raportoimme ensimmäisen osion taustatiedot sekä toisen osion oppimistuloksiin liittyneet vastaukset. Taustatiedoissa kysyttiin ikä, sukupuoli, nimi (vapaaehtoinen), ryhmäopetusnumero ja tutkimuslupa. Oppimistuloksiin liittyneessä osiossa oli kaksi avointa kysymystä: 1) Kirjoita vapaasti, mitä koet oppineesi lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta puheviestinnän opetuksessa. Vastaa yksityiskohtaisesti ja perusteellisesti. 2) Kirjoita vapaasti, millaisia vuorovaikutustaitoja koet oppineesi puheviestinnän opetuksessa. Vastaa yksityiskohtaisesti ja perusteellisesti.

Tutkimusjoukko

Opetukseen osallistuneista opiskelijoista 132 (97,1 %) osallistui tutkimukseen. Ryhmässä A (n = 43), jossa käytettiin työpajateatteria, oli 13 miestä ja 30 naista. Opiskelijat olivat 20–29 -vuotiaita (M = 21,7; Mdn = 21). Ryhmässä B (n = 44), jossa käytettiin simuloituja potilaita, oli 14 miestä ja 30 naista. Opiskelijat olivat 20–34 -vuotiaita (M = 22,6; Mdn = 22). Ryhmässä C (n = 45), jossa käytettiin roolipeliä, oli 19 miestä ja 26 naista. Opiskelijat olivat 19–31 -vuotiaita (M = 22,1; Mdn = 22). Satunnaista ryhmäjakoa voidaan pitää onnistuneena ($\chi^2 = 1,659$; df = 2; p = .436).

Aineiston analyysi

Vaihe I: menetelmäkohtainen analyysi

Vastaajat numeroitiin ja nimettiin ryhmittäin siten, että ryhmässä A (työpajateatteri, TIE) olleet opiskelijat saivat vastaajanumerot 1a–43a, ryhmässä B (simuloitu potilas, SP) olleet opiskelijat saivat vastaajanumerot 1b–44b ja ryhmässä C (roolipeli, RP) olleet opiskelijat saivat vastaajanumerot 1c–45c. Kyselylomakkeiden avoimet vastaukset analysoitiin aineistolähtöisesti laadullisen sisällönanalyysin avulla (Tuomi & Sarajarvi 2002). Analyysissä käytettiin apuna ATLAS.ti 5.6.3 -tietokoneohjelmaa.

Kyselylomakkeiden avoimet vastaukset analysoitiin ryhmittäin. Analyysiyksiköt valittiin aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti, eli keskeistä oli löytää aineistosta niitä merkityksiä, joita vastaajat liittivät omaan oppimiseensa. Merkitysyksiköistä muodostettiin aineistolähtöisesti koodit. Koodi saattoi olla muutamasta sanasta muutama lauseeseen pitkä. Analyysin seuraavassa vaiheessa kunkin aineiston osalta koodit yhdisteltiin alaluokiksi. Jokaisen aineiston osalta laskettiin alaluokkiin sisältyneiden mainintojen määrä niiden yleisyyden hahmottamiseksi. Tätä vaihetta voidaan kutsua tapauskohtaiseksi

analyysiksi, jonka tavoitteena oli kuvata ja ymmärtää kunkin ryhmän sisällä annettuja merkityksiä (Miles & Huberman 1994). Työpajateatteriaineistoon liittyi 17 alaluokkaa, simuloitu potilas -aineistoon liittyi 15 alaluokkaa ja roolipeli-aineistoon liittyi 16 alaluokkaa.

Vaihe II: tapausten välisen vertailun menetelmä

Analyysin seuraavassa vaiheessa käytimme tapausten välisen vertailun menetelmää (Miles & Huberman 1994). Tarkemmin sanottuna käytimme pinoutuvan vertailun menetelmää, jossa jokainen yksittäinen tapaus analysoidaan ensin syvällisesti ja sen jälkeen tapausten tasolla tulokset kootaan meta-matriisiin, joka mahdollistaa tulosten systemaattisen vertaamisen (Miles & Huberman 1994, 176). Kaikkien kolmen aineiston alaluokat sijoitettiin yhteen taulukkoon vertailun helpottamiseksi. Jokaiseen aineistoon sisältyneet alaluokat aineistolainauksineen luettiin huolellisesti uudestaan. Vertailussa tarkasteltiin alaluokkien esiintyvyyttä eri aineistoissa sekä niiden sisällöllisiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Vertailun avulla löydettiin viisi kaikille ryhmille yhteistä teemaa, jotka koottiin yhteen taulukkoon.

Tulokset

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja verrata lääketieteen opiskelijoiden itse-arvioituja oppimistuloksia kolmessa ryhmässä. Aineistojen analyysin tuloksena muodostui viisi teemaa: 1) vuorovaikutustaitojen oppiminen, 2) vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen, 3) tiedollinen oppiminen, 4) potilaskeskeisyyden oppiminen sekä 5) ei oppinut uutta. Teemat alaluokkineen ryhmissä A, B ja C esitetään taulukossa 1.

Tulokset esitetään laadullisesti kuvailemalla, jolloin lukijalle havainnollistetaan tulosten sisältöä ja tehtyjä tulkintoja. Tuloksissa esiintyy myös määrällistä kuvailua, jonka tavoitteena on auttaa lukijaa hahmottamaan mainintojen yleisyyttä aineistossa. Tulokset esitetään teemoihin sisältyneiden mainintojen suuruusjärjestyksessä. Lisäksi tuloksiin sisältyy suoria aineistolainauksia kyselylomakeaineistosta, jotka antavat lukijalle mahdollisuuden arvioida tehtyjä tulkintoja. Aineistolainauksen jälkeen suluissa ilmaistaan vastaajanumero sekä ryhmää kuvaava kirjain a, b tai c, sekä oppimismenetelmää kuvaava kirjainlyhenne TIE, SP tai RP.

Teema 1: Vuorovaikutustaitojen oppiminen

Ensimmäinen teema liittyi opiskelijoiden kuvauksiin vuorovaikutustaitojen oppimisesta. Tähän teemaan liittyi eniten mainintoja kaikissa ryhmissä ja lähes samankaltaiset alaluokat ryhmittäin, jotka esitellään taulukossa 1. *Kuuntelemisen taito* oli kaikissa ryhmissä laajin alakategoria ja samalla yleisin taito, minkä opiskelijat kokivat oppineensa. Opiskelijat kuvasivat oppineensa kuuntelemisen taitoja, kokivat kuuntelemisen taitojen parantuneen ja kertoivat ymmärtä-

Taulukko 1. Itsearvioitujen oppimistulosten teemat ja mainintojen määrät ryhmittäin.

Teema	Ryhmä A (TIE)	Ryhmä B (SP)	Ryhmä C (RP)
1. Vuorovaikutustaitojen oppiminen	103 (*)	111 (*)	91 (*)
kuuntelemisen taito	27 (18)	22 (17)	18 (14)
havainnointi- ja analysointitaidot	18 (16)	16 (13)	24 (22)
nonverbaalisen viestinnän taidot	19 (15)	21 (17)	10 (10)
taito esittää kysymyksiä	13 (10)	17 (15)	19 (15)
vastaanoton rakenteen hahmottaminen	10 (9)	20 (18)	8 (8)
taito luoda vuorovaikutussuhde potilaaseen	6 (6)	15 (13)	9 (8)
taito osoittaa empatiaa	5 (4)	–	3 (3)
äänen- ja kielenkäyttö	5 (4)	–	–
2. Vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen	50 (*)	42 (*)	43 (*)
tiedostuminen omasta vuorovaikutusosaamisesta	28 (23)	32 (23)	29 (24)
tiedostuminen lääkärin tarvitsemasta vuorovaikutusosaamisesta	22 (15)	10 (8)	14 (10)
3. Tiedollinen oppiminen	35 (*)	40 (*)	23 (*)
kyky käyttää tietoa	6 (6)	15 (15)	8 (7)
lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen merkityksen ymmärtäminen	15 (11)	6 (6)	5 (5)
tietoa vuorovaikutuksesta	9 (8)	12 (10)	4 (4)
muutos ajattelussa tai käsityksissä	3 (3)	4 (3)	5 (5)
kriittinen ajattelu	2 (2)	3 (3)	1 (1)
4. Potilaskeskeisyyden oppiminen	23 (*)	9 (*)	5 (*)
potilaskeskeinen orientaatio vuorovaikutussuhteeseen	23 (13)	9 (5)	5 (5)
5. Ei oppinut uutta	7 (5)	11 (8)	11 (7)

**Suluissa vastaajamäärät alakategorioittain*

neensä kuuntelemisen merkityksen lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutussuhteessa. Kuunteleminen koettiin tärkeäksi, koska sen avulla lääkäri voi saada selville potilaan tarinan, oikean tulostyön ja sen, kuinka oireet vaikuttavat potilaan elämään. Opiskelijat kokivat oppineensa, että lääkärin on annettava potilaalle tilaa puhua, osoitettava kuuntelevansa, ja reagoitava kuulemaansa pienillä sanoilla, nyökkäyksillä tai jatkokysymyksillä. Opiskelijoiden mielestä kuuntelemisen kannalta olisi parempi, jos lääkäri olisi kääntynyt potilaaseen päin, ei

tietokoneeseen, ja ettei lääkäri puhuisi potilaan päälle. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat opiskelijoiden ajatuksia kuuntelemisen taitojen oppimisesta.

”On tärkeää kuunnella potilasta tarkkaan ja myös osoittaa se.” (20a/TIE)

”Kehityin mielestäni kuuntelemisessa ja opin poimimaan asioita jatkokysymyksiin.” (8b/SP)

”Jäi myös sellainen tunne että hiljaisuus vastaanottotilanteessa ei ole aina pahasta ja se voi esimerkiksi rohkaista potilasta jatkamaan kertomustaan.” (45c/RP)

Toinen alaluokka liittyi *vuorovaikutuksen havainnointi- ja analysointitaitoihin*. Opiskelijat kuvasivat oppineensa tarkkailemaan, havainnoimaan tai kiinnittämään huomiota lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen puheviestinnän harjoituksissa sekä terveyskeskuspäivien aikana. He kertoivat oppineensa tunnistamaan erilaisia tapoja olla vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa ja tehdä potilashaastatteluja, tunnistamaan verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän piirteitä ja arvioimaan lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen onnistumista. Lisäksi osa koki havainnointitaitojen oppimisen perustaksi vuorovaikutustaitojen oppimiselle tulevaisuudessa. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat opiskelijoiden ajatuksia havainnointi- ja analysointitaitojen oppimisesta.

”Tämä kurssi antoi työkaluja vuorovaikutustilanteiden tarkkailuun ja juuri tarkkailu on se tapa, jolla näitä taitoja oppii ajan saatossa.” (40a/TIE)

”Ainakin olen oppinut analysoimaan eri osa-alueita lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta ja tunnistamaan erilaisia tyylejä.” (21b/SP)

”Opin kiinnittämään tarkemmin huomiota kaikkiin niihin pieniin osiin, joista hyvä vastaanotto koostuu.” (2c/RP)

Kolmas alaluokka liittyi *nonverbaalisen viestinnän taitoihin*, joka saattoi tarkoittaa joko nonverbaalisen viestinnän taitojen oppimista, oman nonverbaalisen viestinnän tarkkailua tai nonverbaalisen viestinnän merkityksen ymmärtämistä. Opiskelijat kokivat oppineensa katsekontaktin säilyttämistä potilaaseen, kehon asennon suuntaamista kohti potilasta tai kääntymistä potilaan suuntaan silloin, kun hänelle puhutaan. Opiskelijat olivat kiinnittäneet huomiota eleisiinsä, ilmeisiinsä, ryhtiinsä, käsiensä asentoon sekä tapaan, jolla he kättelivät potilasta. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat opiskelijoiden ajatuksia nonverbaalisen viestinnän oppimisesta.

”Lääkärin tulisi myös suuntautua kohti potilasta jolloin tulisi enemmän sellainen kuva että potilasta kuunnellaan.” (5a/TIE)

”Olen oppinut tarkkailemaan nonverbaalista viestintääni – keskittymään ryhtiin, käsien asentoihin, ilmeisiini ja hallitsemaan kaikkia edellä mainittuja.” (1b/SP)

”Olen kenties oppinut kiinnittämään huomiota etenkin nonverbaalisen vuorovaikutuksen muotoihin.” (33c/RP)

Kaikissa ryhmissä opiskelijat kokivat oppineensa *esittämään kysymyksiä*. Kysymysten käytön oppiminen liittyi erityisesti potilaan tulossyn selvittämiseen sekä potilaan tarinan selvittämiseen. Opiskelijat kuvasivat oppineensa käyttämään avoimia, suljettuja, johdattelevia ja jatkokysymyksiä. He kuvasivat oppineensa, että kysymysten asettelulla voi osoittaa kuuntelua tai rajata, mikä lukuisista tulostyistä on potilaalle tärkein. Seuraavat aineistolainaukset osoittavat, millaisia ajatuksia opiskelijoilla liittyi taitoon esittää kysymyksiä.

”Olen oppinut esittämään kysymyksiä, joilla voi sitten vastaanottotilanteessa selvittää potilaan tulostyitä.” (7a/TIE)

”[Opin] oikean tyyppisten kysymysten esittämistä oikeassa vaiheessa vastaanottoa (avoimet/suljetut/tarkentavat).” (44b/SP)

”[Opin] kysymysten johdonmukaista käyttöä.” (7c/RP)

Jokaisessa ryhmässä opiskelijat kokivat oppineensa hahmottamaan *vastaanoton rakenteen* ja vaiheet sekä tapoja aloittaa ja lopettaa vastaanotto. Vastaanoton rakenteen tulisi opiskelijoiden kuvausten mukaan olla selkeä, vaikkakaan rakennetta ei tarvitse seurata kirjaimellisesti. Lisäksi kaikissa ryhmissä osa opiskelijoista kuvasi oppineensa luomaan suhteen potilaaseen. Luottamuksellisen potilassuhteen luomista pidettiin tärkeänä, jotta potilas voisi uskoutua lääkärille, kuten ryhmässä A (TIE) ollut opiskelija kirjoitti:

”Potilas ei aina ensiksi kerro kaikkein tärkeintä tulostyitään vaan potilaan ja lääkärin on luotava luottamuksellinen suhde ennen kuin potilas voi uskoutua lääkärilleen.” (14a/TIE)

Eroja ryhmien välillä oli siinä, että ryhmässä A (TIE) neljä opiskelijaa ja ryhmässä C (RP) kolme opiskelijaa koki oppineensa osoittamaan empatiaa, mutta ryhmässä B (SP) harjoitelleet opiskelijat eivät maininneet oppineensa empatian osoittamisen taitoja. Lisäksi ryhmässä A (TIE) neljä opiskelijaa koki oppineensa äänen- ja kielenkäyttöä, mutta ryhmissä B (SP) ja C (RP) ei ollut mainintoja tästä. Mainintojen määrissä oli eroja erityisesti nonverbaalisen viestinnän taidoissa, sillä ryhmässä C oli puolet vähemmän mainintoja kuin ryh-

missä A ja B. Vastaanoton rakenteen hahmottamisen osalta ryhmässä B oli puolet enemmän mainintoja kuin ryhmässä A tai C. Alaluokassa ”*taito luoda vuorovaikutussuhde potilaaseen*” oli ryhmässä B puolet enemmän mainintoja kuin ryhmässä A ja lähes puolet enemmän mainintoja kuin ryhmässä C.

Teema 2: Vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen

Toinen teema liittyi opiskelijoiden tiedostumiseen sekä omasta että lääkärin ammatillisesta vuorovaikutusosaamisesta. Kaikissa ryhmissä *omasta vuorovaikutusosaamisesta tiedostumista* kuvastivat opiskelijoiden vastaukset siitä, mitä he olivat itsestään viestijänä havainneet, millaisista vuorovaikutukseen liittyvistä asioista he olivat tulleet tietoisiksi, kuinka he olivat oppineet tarkkailemaan omaa toimintaansa tai arvostamaan vuorovaikutustaitojaan. Opiskelijat myös vertasivat osaamisen tasoaan opetuksen lopussa suhteessa sen alkuan, pohtivat vahvuuksiaan ja heikkouksiaan sekä kuvasivat, millaista viestintäkäyttäytymistä aikovat välttää tai millaiseen viestintäkäyttäytymiseen he aikovat tulevaisuudessa pyrkiä. Ryhmissä B ja C opiskelijat kuvasivat tulleen tietoisiksi vuorovaikutusosaamisestaan erityisesti silloin, kun he pääsivät itse lääkärin rooliin kokeilemaan potilashaastattelua harrastajanäyttelijän tai opiskelijatoverin kanssa ja saivat omasta toiminnastaan palautetta.

”Tietoisuus omista vuorovaikutustaidoista antaa pohjan niiden opiskelulle, kun voi tietoisesti keskittyä omiin kehittämistä vaativiin vuorovaikutuksen alueisiin.” (42a/TIE)

”Mielestäni vuorovaikutustaitoni paranivat kurssin aikana ja huomasin että uskallus lisääntyi ja erilaisia tilanteita ei jännittänyt enää. Opiskelukavereiden ja opettajan antama arvio oli rakentavaa ja opettavaista.” (16b/SP)

”Ennen kurssin alkua otin tavoitteekseni kehittyä kuuntelijana ja koen onnistuneeni tavoitteessani.” (11c/RP)

Lääkärin ammatillisesta vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen näkyi kaikissa aineistoissa siten, että opiskelijat pohtivat, kuinka vuorovaikutusosaaminen auttaa lääkäriä työssään. Opiskelijat kuvasivat oppineensa, että hyvä lääkäri hallitsee lääketieteellisen tiedon lisäksi myös vuorovaikutustaidot, jotka auttavat potilaan luottamuksen saavuttamisessa, potilaan sairaushistorian selvittämisessä sekä arvioimaan, mikä on potilaalle tärkeää. Hyvillä vuorovaikutustaidoilla ja oikealla asennoitumisella potilaaseen lääkärin työ helpottuu, nopeutuu ja muuttuu mielekkäämmäksi. Lääkäri tarvitsee monipuolisia vuorovaikutustaitoja, sillä lääkärin työssä tilanteet ja potilaat vaihtuvat usein. Lääkärin vuorovaikutusosaaminen näkyikin opiskelijoiden mukaan potilastyytyväisyydessä ja

hoitomyöntyvyydessä. Lääkärin tulisi uusiutua jokaisen potilaan jälkeen ja kohdattava kaikki potilaat samalla tavalla.

Opiskelijoiden vastauksissa vuorovaikutusosaamisen hallitseva lääkäri on hyvä kuuntelija, asiallinen, ystävällinen, rehellinen, iloinen, avoin, rento, selkeä, jämäpti, aidosti läsnä oleva ja osoittaa kiinnostusta potilaaseen. Hän laittaa oman persoonansa peliin, ottaa potilaansa vakavasti, pelaa yhteispeliä potilaan kanssa sekä konsultoi, jos ei tiedä asiaan ratkaisua tai vastausta. Vaikka lääkäriellä on enemmän lääketieteellistä tietoa, hänen tulisi esittää asiansa potilaalle siten, että potilas kokisi sen olevan lääkärille tärkeää ja uutta tietoa. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat opiskelijoiden tiedostumista lääkärin ammatillisesta vuorovaikutusosaamisesta.

”Selvästikin hyvät vuorovaikutustaidot ovat olennainen osa hyvän lääkärin ammattitaitoa. Hyvillä vuorovaikutustaidoilla ja oikealla suhtautumisella potilaaseen lääkärin työ helpottuu, nopeutuu ja muuttuu mielekkäämmäksi.” (25a/TIE)

”Opin kuinka helposti lääkäri voi vaikuttaa vastaanoton kulkuun sanavalinnoillaan ja kuinka ne vaikuttavat siihen miten potilas vastaanoton kokee.” (22b/SP)

”Lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta opin, että taitavalla lääkäriellä on monia keinoja lähestyä potilasta ja pyrkiä rentoon tilanteeseen esim. nonverbaalisen viestinnän kautta.” (21c/RP)

Ryhmien välillä merkittävin ero oli lääkärin ammatillisesta vuorovaikutusosaamisesta tiedostumisessa, jota painottivat eniten ryhmässä A olleet opiskelijat.

Teema 3: Tiedollinen oppiminen

Kolmas teema liittyi opiskelijoiden kokemaan tiedolliseen oppimiseen. Kaikissa ryhmissä opiskelijat kuvasivat oppineensa samansuuntaisia tiedolliseen oppimiseen liittyviä elementtejä, sillä tähän teemaan liittyi samanlaiset alaluokat. Jokaisessa ryhmässä opiskelijat kokivat oppineensa *käyttämään kurssilla opittuja tietoja uusissa vuorovaikutustilanteissa*. Opiskelijat kuvasivat, että he oppivat käyttämään opittuja tietoja ensinnäkin havainnoidessaan lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta terveyskeskuspäivien aikana ja toisekseen arjen vuorovaikutustilanteissa, kuten seuraavat aineistolainaukset osoittavat.

”Ainakin omalla kohdalla näitä tilanteita harjoittelee nyt kurssin jälkeen arkielämässäkin melkein joka päivä.” (2a/TIE)

”Terveyskeskuspäivien aikana kurssilla saamien tietojen/taitojen pohjalta oli hyvä havainnoida oikeiden lääkäreiden työskentelytapoja, ja ottaa niistä oppia ja ideoita omaa tulevaa työskentelyä ajatellen.” (42b/SP)

”Terveyskeskuspäivillä opin erityisesti sen, että oman persoonallisuuden peliin heittäminen ja aitouden avulla potilaista saa irti enemmän kuin kaavamaisella vastaanoton osa-alueiden läpi käymisellä. Työuran alkuvaiheessa valmis runko mihin pohjautua helpottaa kuitenkin työtä runsaasti.” (21c/RP)

Jokaisessa ryhmässä opiskelijat kertoivat oppineensa *ymmärtämään, millainen merkitys lääkärin ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella on*. Opiskelijat kuvasivat ymmärtäneensä, että vuorovaikutuksella on suuri merkitys vastaanoton onnistumisessa, diagnoosin tekemisessä, potilastyytyväisyydessä, hoito-ohjeiden noudattamisessa ja parempien hoitotulosten saavuttamisessa. Yhteisymmärryksen saavuttaminen lääkärin ja potilaan välillä koettiin tärkeäksi esimerkiksi jatkotutkimusten onnistumiseksi. Lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen merkityksen ymmärtämisen yhteydessä kaksi vastaajaa koko aineistossa arvioi oppineensa arvostamaan vuorovaikutustaitoja. Nämä kaksi kommenttia liittyisivät affektiiviseen oppimiseen, mutta pienen määrän vuoksi niitä ei luokiteltu erikseen omaksi teemaksi. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat opiskelijoiden ajatuksia lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen merkityksen ymmärtämisestä.

”Tajusin lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen merkityksen vastaanoton onnistumisen kannalta.” (13a/TIE)

”Koen oppineeni, että vuorovaikutustaidoilla on tärkeä osa vastaanoton kulussa ja että potilaan tyytyväisyys on hyvin pitkälti kiinni lääkärin vuorovaikutustaidoista.” (11b/SP)

”Olen myös ymmärtänyt paremmin kuinka tärkeä väline puhe on lääkärin vastaanotolla varsinkin ”hankalien potilaiden” kanssa.” (9c/RP)

Kaikissa ryhmissä opiskelijat kuvasivat oppineensa lisää *tietoa liittyen lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen*, mitä saatettiin kuvata perustietojen, teoriapohjan tai vuorovaikutuksen monimutkaisuuden oppimisena. Lisäksi vastaajat kokivat oppineensa, että vuorovaikutuksessa täytyy mukautua, vuorovaikutuksen onnistuminen riippuu ihmisistä ja muutama vastaaja kertoi oppineensa tietynlaisen vastaanoton vuorovaikutuksen mallin tai toimintarungon sekä omaksuneensa erilaisia toimintavaihtoehtoja vuorovaikutustilanteissa. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat vastaajien ajatuksia tietojen oppimisesta.

”Perustiedot hyvästä vuorovaikutuksesta, observoinnin oppiminen, erilaiset vuorovaikutustyyliä, huonot esimerkit, kaikki tukivat oppimista kokonaisuudessaan.” (35a/ TIE)

”Olen oppinut tavallaan teoriapohjan, miten tulisi toimia.” (15b/SP)

”On ihan hyvä, että nyt on olemassa tuollainen ’toimintarunko’, johon voi tulevaisuudessa toimintaansa pohjata.” (29c/RP)

Pieni osa opiskelijoista koki omien *ajatustensa ja käsitystensä muuttuneen*. Opetus oli saanut heidät ajattelemaan asioita, joita he eivät olleet aiemmin ajatelleet tai joista he ajattelivat aikaisemmin eri tavalla. Muutama opiskelija kuvasi oppineensa kriittistä ajattelua. Tämä liittyi siihen, että opiskelijat arvioivat työssä olevien lääkäreiden vuorovaikutusosaamista kriittisemmin kuin edellisen vuoden terveyskeskuspäivillä.

Eroja tiedollisessa oppimisessa ryhmien välillä oli mainintojen määrissä alaluokissa. Ryhmässä B (SP) oli puolet enemmän mainintoja liittyen kykyyn käyttää tietoa kuin kahdessa muussa ryhmässä. Ryhmässä A (TIE) oli yli puolet enemmän mainintoja suhteessa muihin ryhmiin liittyen lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen merkityksen ymmärtämiseen. Ryhmässä C (RP) oli puolet vähemmän mainintoja liittyen tietojen oppimiseen kuin kahdessa muussa ryhmässä.

Teema 4: Potilaskeskeisyyden oppiminen

Neljäs teema liittyi opiskelijoiden kokemuksiin *potilaskeskeisyyden oppimisesta*, josta kertoivat opiskelijoiden ajatukset potilaskeskeisestä orientaatiosta vuorovaikutussuhteeseen. Tähän liittyi potilaan tilanteeseen eläytyminen, halu auttaa ja ymmärtää potilasta, potilaasta välittäminen, potilaan ottaminen vakavasti, potilaan mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun, potilaan mielipiteiden ja näkemysten kysyminen, potilaan huolien, pelkojen, haavoittuvaisuuden, toiveiden ja odotusten huomioonottaminen. Lääkärin tulisi varmistaa potilaan ymmärrys hoito-ohjeista, selittää potilaalle mitä on tekemässä ja pahoiteltava potilaalle, jos vastaanotto keskeytyy. Lääkärin pitää ymmärtää, että potilaat ovat erilaisia ja etteivät kaikki potilaat ole halukkaita puhumaan asioista, jotka voisivat olla hoidon kannalta olennaisia. Vastauksissa tuli ilmi myös lääkärin ja potilaan erilaisten lähtökohtien ja roolien ymmärtäminen. Ryhmässä C yksi vastaaja korosti, että potilaan näkökulman ymmärtäminen oli helpompaa, kun oli itse potilaan roolissa. Seuraavat aineistolainaukset kuvaavat opiskelijoiden ajatuksia potilaskeskeisyyden oppimisesta.

”Potilaan tilanteeseen eläytymisen merkitys on tullut ymmärretyksi perusteellisesti.” (2a/TIE)

”Potilaan huolet ja pelot tulee ottaa huomioon.” (9b/SP)

”Potilaiden kanssa pitää yleisesti olla hellävaraisempi kuin mitä olen yleensä muille ihmisille normaalissa kanssakäynnissä.” (40c/RP)

Ryhmiem välillä suurin ero oli siinä, että ryhmässä A (TIE) tämä teema sisälsi yli puolet enemmän mainintoja kuin ryhmässä B (SP), ja neljä kertaa enemmän mainintoja kuin ryhmässä C (RP).

Teema 5: Ei oppinut uutta

Viides teema liittyi opiskelijoiden kokemuksiin siitä, *etteivät he oppineet puheviestinnän opetuksessa uutta*. Näiden opiskelijoiden vastaukset eivät kuitenkaan olleet pelkästään tämän asian toteamista, vaan niihin sisältyi useimmiten jotain, mitä opiskelija koki oppineensa, mikä on vastaavasti luokiteltu tulosten neljän muun teema-alueen alle. Koko aineistossa oli kolme opiskelija, jotka eivät kokeneet oppineensa uusia asioita ja joiden vastaukset olivat niin lyhyitä, ettei niiden sisältöä pystytty luokittelemaan muihin teemoihin liittyviksi. Lisäksi jokaisessa ryhmässä muutama opiskelija koki, että käsitellyt asiat olivat tuttuja jo entuudestaan, joten ne tuntuivat kertaamiselta tai itsestään selviltä, kuten seuraavat aineistolainaukset osoittavat.

”En valitettavasti koe oppineeni mitään uutta tai ihmeellistä.” (17a/TIE)

”En koe oppineeni varsinaisesti mitään uutta vuorovaikutustaitojen osalta.” (40b/SP)

”Harjoitukset vahvistivat jo aiempaa oppimaani vuorovaikutuksesta.” (8c/RP)

Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa etsittiin vastausta siihen, millaisia lääketieteen opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset kolmessa ryhmässä ovat ja millaisia yhtäläisyyksiä ja eroja näissä oppimistuloksissa on. Tulokset osoittivat, että opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset jakaantuivat viiteen teemaan: 1) vuorovaikutustaitojen oppiminen, 2) vuorovaikutusosaamisesta tiedostuminen, 3) tiedollinen oppiminen, 4) potilaskeskeisyyden oppiminen sekä 5) ei oppinut uutta. Tulosten tarkastelu osoitti, että opiskelijat itsearvioivat oppineensa hyvin samansuuntaisia asioita kaikissa ryhmissä. Suurin ero ryhmien välillä liittyi potilaskeskeisyyden oppimiseen, jota koettiin opitun eniten ryhmässä, jossa käytettiin oppimismenetelmänä työpajateatteria.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että opetuksen tavoitteet saavutettiin hyvin. Opiskelijat kokivat oppineensa havainnointi- ja analysointitaitoja kaikissa ryhmissä, ja vuorovaikutustaitojen osalta opiskelijoiden oppimistuloksissa kuvataan laajaa ja monipuolista vuorovaikutustaitojen oppimisen kirjoa. Tiedollisen oppimisen osalta opiskelijoiden kuvaamat oppimistulokset ovat laajempia kuin tavoitekuvauksessa mainittu ”ymmärrys viestinnän ja vuorovaikutustaitojen merkityksestä lääkäri-potilassuhteessa”. Lisäksi tulokset kertovat opiske-

lijoiden tiedostuneen vuorovaikutusosaamisesta sekä oppineen potilaskeskeisyyttä.

On esitetty, että vuorovaikutusosaamisen kehittyminen etenee neljässä tiedostamisen vaiheessa (Hargie 2006, 17). Hargien (2006, 17) mukaan ensimmäisessä vaiheessa oppija ei ole tietoinen osaamattomuudestaan. Toisessa vaiheessa oppija tulee tietoiseksi osaamattomuudestaan, jolloin hän tietää, millaista tarkoituksenmukainen vuorovaikutuskäyttäytyminen olisi, mutta hän ei vielä osaa toimia siten. Hän siis tiedostuu vahvuuksistaan ja kehittämiskohteistaan. Kolmannessa vaiheessa oppija on tietoinen vuorovaikutusosaamisestaan ja toimissaan vuorovaikutustilanteissa hän tiedostaa toimivansa osaavasti. Neljännessä vaiheessa oppija on harjoitellut vuorovaikutustaitoja niin paljon, että hän osaa toimia vuorovaikutustilanteissa tarkoituksenmukaisesti ja tehokkaasti, ilman että hänen tarvitsee pohtia osaamistaan tai sen tasoa tietoisesti (Hargie 2006, 17). Tuloksissa näkyi viitteitä siitä, että opiskelijat olivat tiedostamisen toisessa tai kolmannessa vaiheessa, sillä he kuvasivat tarkkailleensa omaa toimintaansa ja tulleeensa tietoisiksi vuorovaikutusosaamisestaan sekä omista vahvuuksistaan ja kehittämiskohteistaan.

Sekä oman että lääkärin ammatissa tarvittavan vuorovaikutusosaamisen tiedostamisen myötä osa opiskelijoista koki, että haluaa edelleen kehittää vuorovaikutusosaamistaan. Myönteisten oppimiskokemusten tuottaminen opintojen alkuvaiheessa on tärkeää, jotta lääkäriopiskelijat kiinnittäisivät jatkossakin huomiota vuorovaikutusosaamiseensa sekä koulutuksen aikana että työelämässä (Kurtz, Silverman & Draper 2005). Itsearviointeissaan opiskelijat liittivät lääkärin vuorovaikutusosaamisen kiinteästi osaksi ammattiosaamista, sillä opiskelijoiden mukaan vuorovaikutusosaaminen auttaa lääkäriä onnistumaan työssään. Tämä kertoo siitä, että opiskelijat ovat ymmärtäneet lääkärin työn vuorovaikutuksellisen luonteen: lääkärin työssä tarvitaan sekä lääketieteen asiantuntemusta että vuorovaikutukseen liittyvää osaamista. Tällöin myös se, millaiseksi lääkärin ja potilaan välinen professionaalinen viestintäsuhte muodostuu, vaikuttaa siihen, kuinka hyvin ja tarkasti lääkäri pystyy tehtäväänsä toteuttamaan (Gerlander & Isotalus 2010).

Läketieteen opiskelijat arvioivat oppineensa myös potilaskeskeisyyttä, mihin liittyy ajatus potilaan ongelman tai sairauden ymmärtämisestä biopsykososiaalisesta näkökulmasta (Mead & Bower 2000), ei vain biologisesta näkökulmasta. Potilaskeskeisyyden oppimista voidaan pitää tärkeänä ajatellen nuorten lääkäreiden tulevia potilaskohtaamisia, sillä tutkimuksissa on havaittu, että lääkärin potilaskeskeinen suhtautumistapa vaikuttaa myönteisesti potilastytyväisyyteen, potilaan kokemaan selviytymiseen sairautensa kanssa sekä potilaan kokemien vaivojen vähentymiseen (Little ym. 2001). Laajassa brittiläisessä tutkimuksessa havaittiin, että mikäli lääkäri ei osoita myönteistä, potilaskeskeistä suhtautumista potilaaseen, potilaat ($N = 865$) olivat selvästi tyytymättömiä saamaansa hoitoon, he kokivat selviytyvänsä heikommin sairautensa kanssa, heillä

oli enemmän vaivoja ja he käyttivät enemmän terveystalvveluja (Little ym. 2001).

Tulokset antavat viitteitä siitä, että erityisesti työpajateatteri oppimismenettelmn stimuloi opiskelijoita pohtimaan l     n vastaanottoa potilaan n     lmaasta. Usein esitetään, että roolipelin avulla voidaan asettua toisen ihmisen asemaan ja ymm  rt  h  nen n     lmaansa (Kurtz, Silverman & Draper 2005). On mielenkiintoista, ettei roolipeli, jossa opiskelijat asettuivat itse sekä l      n että potilaan rooleihin, tuottanut vastaavaa tulosta kuin työpajateatteri. Tämä saattaa johtua siitä, että työpajateatterissa potilaan elämäntilannetta käsiteltiin näytelmän ja draamak svatuksen työtapojen avulla laajemmin kuin kahdessa muussa ryhmässä.

Itsearvioidut oppimistulokset luonnollisesti vaihtelivat yksilöittäin – vaikka suurin osa opiskelijoista pystyi itsearviomaan oppimaansa, eivät kaikki opiskelijat kokeneet oppineensa opetuksen aikana uutta. Oppimisen merkitys sekä oppimisen ja koulutukset tulokset saattavat h  mottua vasta vuosien kuluttua (Rauste von Wright, von Wright & Soini 2003). Lisäksi ihmisillä on yleensä puheviestinnän alueelta paljon käytännöllistä tietoa, joka on karttunut samalla, kun he ovat oppineet puhumaan ja osallistuneet elämänsä aikana erilaisiin viestintätilanteisiin (Isotalus 2000). Toisaalta tulokset vahvistavat ajatusta siitä, että opiskelijat tarvitsevat harjoitusta oman toimintansa reflektointiin ja oppimisen itsearviointiin.

Tutkimuksen luotettavuus

Tulosten tarkastelussa on muistettava, että tutkimusasetelmasta johtuen opiskelijoiden itsearviotujen oppimistulosten perusteella ei voida tehdä suoria johtopäätöksiä opetuksen tai oppimismenetelmien toimivuudesta. Koska tutkimusaineisto kerättiin vain opetuksen jälkeen, ei oppimistulosten tasosta voida tehdä varmoja päätelmiä (Isotalus 2000). Koska tutkimus toteutettiin opetuskokeilun yhteydessä, ovat vastaajat voineet pyrkiä vastaamaan sosiaalisesti sopivalla tavalla (Frey, Botan & Kreps 2000, 96). Tutkimusjoukko koostuu pre-kliinisen vaiheen opiskelijoista, joilla on niukasti kliinistä kokemusta, joten opiskelijoiden kokemus potilas-l     suhteen rakentumisesta on vielä suhteellisen ohut. Sen vuoksi sitä, mitä opiskelijat kokevat oppineensa, voidaan tarkastella myös kriittisesti.

Tutkimuksen tulosten arvioinnissa on huomioitava, että artikkelin ensimäinen kirjoittaja toimi puheviestinnän lehtorina opetuskokeilussa, aineiston kerääjänä ja analysoijana. On mahdollista, että tutkijan tausta on voinut vaikuttaa aineiston pohjalta tehtyyn analyysiin ja saatuihin tuloksiin. Toisaalta tutkijan kokemus opettajana toimimisesta auttoi ymmärtämään tutkittavien elämismaailmaa ja sitä kontekstia, jossa oppimistulokset on kerrottu (Creswell 2009). Tulosten luotettavuutta pyrittiin lisäämään kuvaamalla tulokset mahdollisimman tiheästi, tuomalla esiin sekä myönteisiä että kielteisiä arvioita oppimisesta

sekä sisällyttämällä tutkimusraporttiin mahdollisimman paljon aineistolainauksia (Creswell 2009).

Oppimistuloksia olisi voitu tutkia useilla muilla tavoilla keskittyen tietojen oppimiseen, vuorovaikutustaitojen oppimiseen tai asenteiden muuttumiseen. Perinteisemmät arvioinnin muodot, kuten tentit ja testit, ovat luotettavampia kuin itsearviointi silloin, kun halutaan tutkimuksessa osoittaa ja mitata vuorovaikutuskoulutuksen vaikuttavuutta (Clark 2002, 400). Puheviestinnän opetuskokeilun arviointia tulisikin monipuolistaa käyttämällä myös muita arviointitapoja kuin itsearviointia.

Kirjallisuus

- Aspegren, K. 1999. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine - a review with quality grading of articles. *Medical Teacher* 21, 563–570.
- Boud, D. & Falchikov, N. 1989. Quantitative studies of self-assessment in higher education: a critical analysis of findings. *Higher Education* 18, 529–549.
- Clark, R. A. 2002. Learning outcomes: The bottom line. *Communication Education* 51 (4), 396–404.
- Cook, D. A. 2010. Twelve tips for evaluating educational programs. *Medical Teacher* 32, 296–301.
- Creswell, J.W. 2009. *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. (3. painos) Los Angeles: SAGE.
- Dochy, F., Segers, M. & Sluijsmans, D. 1999. The use of self-, peer and co-assessment in higher education: a review. *Studies in Higher Education* 24 (3), 331–350.
- Frey, L. R., Botan, C. H. & Kreps, G. L. 2000. *Investigating communication. An introduction to research methods*. (2. painos) Boston: Allyn and Bacon.
- Gerlander, M. & Isotalus, P. 2010. Professionaalisten viestintäsuhteiden ääriviivoja. *Puhe ja kieli* 30 (1), 3–19.
- Hargie, O. 2006. Skill in theory: communication as skilled performance. In Hargie, O. (toim.) *The handbook of communication skills* (3. painos) Lontoo: Routledge, 7–36.
- Humphris, G. M. & Kaney, S. 2001. Assessing the development of communication skills in undergraduate medical students. *Medical Education* 35, 225–231.
- Isotalus, P. 2000. Puheviestinnän teorioiden opettaminen. Teoksessa Valo, M. (toim.) *Nykytietoa puheviestinnän opetuksesta*, Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksen julkaisuja 20. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 182–205.
- Kirkpatrick, D. L. 2006. *Evaluating training programs: the four levels*. [Elektroninen aineisto] (3. painos) San Francisco: Berrett-Koehler.

- Koponen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. 2011. A comparison of medical students' perceptions of three experiential methods. *Health Education* 4, 296–318.
- Kurtz, S., Silverman, J. & Draper, J. 2005. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. (2. painos) Oxford: Radcliffe.
- Lane, C. & Rollnick, S. 2007. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005. *Patient Education and Counseling* 67, 13–20.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. & Payne, S. 2001. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal* 323, 908–911.
- Mead, N. & Bower, P. 2000. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine* 51, 1087–1110.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. 1994. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* (2. painos) Thousand Oaks: SAGE.
- Pyörälä, E. & Hietanen, P. 2011. Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillisesta kehittämisestä. *Suomen lääkäri-lehti* 6, 469–473.
- Rauste-von Wright, M., von Wright, J. & Soini, T. 2003. *Oppiminen ja koulutus*. (9. uudistettu painos) Helsinki: WSOY.
- Rees, C., Sheard, C. & Davies, S. 2002. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Medical Education* 36, 141–147.
- Smith, S., Hanson, J. L., Tewksbury, L. R., Christy, C., Talib, N. J., Harris, M. A., Beck, G. L. & Wolf, F. M. 2007. Teaching patient communication skills to medical students. A review of randomized controlled trials. *Evaluation & the Health Professions* 30 (1), 3–21.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Tynjälä, P. 1999. Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa A. Eteläpelto & P. Tynjälä (toim.) *Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia*. Porvoo: WSOY, 160–179.
- Valkonen, T. 2003. Puheviestintätaitojen arviointi. Näkökulmia lukiolaisten esiintymis- ja ryhmätaitoihin. *Jyväskylän studies in humanities* 7. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Comparing three experiential learning methods and their effect on medical students' attitudes to learning communication skills

Jonna Koponen¹, Eeva Pyörälä² and Pekka Isotalus¹

¹ The School of Communication, Media and Theatre, 33014 University of Tampere, Finland

² Research & Development Unit for Medical Education, P.O.Box 20 00014 University of Helsinki, Finland

Author Note

This study was undertaken as a part of a forthcoming doctoral dissertation supported by a grant from the Emil Aaltonen Foundation, which we gratefully acknowledge.

Correspondence concerning this article should be addressed to Jonna Koponen, The School of Communication, Media and Theatre, 33014 University of Tampere, Finland. Telephone: +358 405639096. Email address: jonnapauliina.koponen@uef.fi

Abstract

Background: Despite numerous studies exploring medical students' attitudes to communication skills learning, there are apparently no studies comparing different experiential learning methods and their influence on students' attitudes.

Aims: We compared medical students' attitudes to learning communication skills before and after a communication course in the data as a whole, by gender and when divided into three groups using different methods.

Method: Second-year medical students ($N = 129$) were randomly assigned to three groups. In group A ($n = 42$) the TIE method, in group B ($n = 44$) SPs, and in group C ($n = 43$) role-play was used. The data was gathered before and after the course using Communication Skills Attitude Scale.

Results: Students' positive attitudes to learning communication skills (PAS) increased significantly and their negative attitudes (NAS) decreased significantly between the beginning and end of the course. Female students had more positive attitudes than male students. There were no significant differences in the three groups in the mean scores for PAS or NAS measured before or after the course.

Conclusions: The use of experiential methods and integrating communication skills training with visits to health centres may help medical students to appreciate the importance of communication skills learning.

Key words: medical students, attitudes, communication skills training, experiential learning methods

INTRODUCTION

A number of successful outcomes have been linked to provider-patient communication: patients' satisfaction with care, compliance with recommended treatment, and understanding and recall of information (Brown et al. 2003; Ong et al. 1995). Therefore, young doctors are expected to communicate effectively with patients, the patients' significant others and colleagues. There are three challenges in communication skills training: medical students need to understand the theory of communication (knowledge); they need to have positive attitude towards communication skills (attitude); and they need to be trained to command a repertoire of specific communication skills in their daily practice (skills) (Kaufman et al. 2000). In this study we evaluate Finnish medical students' attitudes to learning communication skills in three groups using different experiential methods: Theatre in Education (TIE), simulated patients (SPs), and role-play.

Attitudes are commonly viewed as summary evaluations of objects (e.g. oneself, other people, issues etc.) along a continuum ranging from positive to negative (Petty et al. 1997). Medical students' attitudes to learning communication skills have been explored during the last 10 years using both qualitative and quantitative approach. The results are presented in Table 1. These studies show that medical students' positive attitudes (PAS) have declined when measured on the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) before and after training in communication skills (Rees & Sheard 2003; Harlak et al. 2008b). The CSAS was developed by Rees, Sheard and Davies (2002). Female medical students seem to have more positive attitudes than males to learning communication skills (Cleland et al. 2005; Harlak et al. 2008b; Rees & Sheard 2003; Wright et al. 2006). It has also been argued that medical students' positive attitudes may be associated with more problem-based and self-directed methods of learning in comparison with didactic methods (Rees & Sheard 2002). In addition, it has been suggested that medical educators should consider the role of affective learning when teaching courses emphasising communication skills, and develop teaching and learning methods that present communication skills training in a more positive light or emphasize their importance, because this may help medical students to appreciate the importance of these skills (Wright et al. 2006). However, there do not appear to be any studies comparing different experiential learning methods and their influence on medical students' attitudes to learning communication skills.

Table 1 *Earlier studies of medical students' attitudes towards communication skills learning (CSL)*

Study	Theme	Participants	Method	Results
Rees & Garrud 2001	Qualitative study to explore medical students' views and experiences of CSL.	1 st -year medical students (N=5)	- Focus groups	- 3 attitude-related themes: 1) positive attitudes towards CSL; 2) negative attitudes towards CSL, and 3) relationship between students' attitudes and their education, age, and communicative abilities.
Rees, Sheard & McPherson 2002	Qualitative study to explore medical students' attitudes towards learning communication skills.	1 st - to 5 th -year medical students' (N=32)	- Focus groups	- 2 attitude-related themes were found: 1) positive and 2) negative attitudes towards CSL. - Negative attitudes related to: communication skills as a social science; communication skills courses being taught in the preclinical part of the curriculum; and socialization into the same negative attitudes of older students and qualified doctors.
Rees, Sheard & Davies 2002	Developing the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) to measure medical students' attitudes towards CSL.	<i>First time:</i> 1 st - and 2 nd -year medical students (n=490) <i>Second time:</i> 1 st - and 2 nd -year medical students (n=39)	- Factor analysis - The test-retest reliability	- The CSAS consists of 26 items. - The scale has two subscales each with 13 items. - In subscale I, positive attitude scale (PAS), the items relate to positive attitudes to CSL. - In subscale II, negative attitude scale (NAS), the items relate to negative attitudes to CSL.
Rees & Sheard 2002	Exploring the relationship between medical students' attitudes and their demographic and education-related characteristics at the	1 st - and 2 nd -year medical students (N=490)	- CSAS	- Female students had more positive attitudes to CSL than male. - Students' whose parents were doctors had more negative attitudes than students whose parents were not doctors. - Students who thought their communication skills

University of Nottingham and Leicester.

needed improving had more positive attitudes.

- Leicester students had higher scores on the PAS and lower scores on the NAS than Nottingham students.

Rees & Sheard 2003	Evaluating medical students' attitudes towards CSL before and after a communication skills course.	1 st -year medical students' (N=216)	- CSAS - A personal details questionnaire	- Students rated their communication skills lower at the end of the course - Students' PAS scores decreased at the end of the course. - Gender, language and ethnicity exhibited two-way interactions with attitudes over time. - Female students developed significantly less negative attitudes than males by the end of the course.
Cleland, Foster, & Moffat 2005	Assess medical students' attitudes towards CSL in the University of Aberdeen, and validate the use of the CSAS in a different population.	1 st - to 3 rd -year medical students' (N=467)	- CSAS	- 1st-year students had higher PAS scores than 2 nd and 3rd-year students. - 1st-year students' NAS scores were lower than scores for 2 nd -year students but not for 3rd-year students. - The PAS and NAS scores for 2nd- and 3 rd -year students were not significantly different. - Female students had more positive attitudes than males. - The CSAS was an appropriate tool to measure attitudes of medical students in different population.
Wright et al. 2006	Exploring medical students' attitudes towards CSL, knowledge of appropriate provider-patient communication, and confidence of communicating with patients in USA.	1 st - and 4 th -year medical students' (N=118)	- CSAS - Perceived Importance of Medical Communication - Perceived Confidence about Communicating with	- 1st- and 4 th -year students' did not differ in terms of attitudes or knowledge, but 4th-year students' were significantly more confident about communicating with patients. - Students' PAS scores were significantly related to perceived importance of communication skills and confidence of communicating with patients. - Female students had more positive attitudes than

			Patients - Appropriate Provider Communication Knowledge	males.
Shankar et al. 2006	Exploring positive and negative attitudes among medical students at the Manipal College of Medical Sciences, Pokhara, Nepal.	3 rd - and 4 th -year medical students (N=123)	- CSAS	- Median PAS score was 51. Mean NAS score was 31.18. - No difference in PAS scores of female and male students. - Communication skills training in this particular medical school should be modified and strengthened.
Anvik et al. 2007	Exploring medical students' attitudes towards CSL in Norway and comparing the findings with earlier reports.	Norwegian medical students (N = 1833)	- Translated version of the CSAS - A principal component analysis	- CSAS measured three factors which were different from the formerly described two-factor model with PAS and NAS. - The CSAS may be used in order to distinguish between affective and cognitive components of attitudes.
Anvik et al. 2008	Exploring cognitive and affective attitudes towards CSL among medical students in Norway.	Norwegian medical students (N=1833)	- Translated version of the CSAS	- Norwegian medical students had positive attitudes to learning and using communication skills. - Cognitive attitudes stayed high during medical school but affective attitudes declined. - Female students had more positive attitudes than males.
Harlak, Dereboy & Gemalmaz 2008a	Validating a Turkish translation of the CSAS.	1 st - to 5 th -year medical students (N=197)	- Translated version of the CSAS - Factor analysis	- Confirmed that the translated version of the CSAS is a valid and internally consistent instrument to measure medical students' attitudes to CSL.

Harlak et al. 2008b	Exploring and comparing Turkish medical students' attitudes to CSL and their empathy tendency before and after a communication course.	Turkish first-year medical students (N=59)	<ul style="list-style-type: none"> - Translated version of the CSAS - The Empathy Tendency Scale - Questions about age and gender 	<ul style="list-style-type: none"> - Mean scores in the positive attitude group decreased significantly by the end of the course compared with the start. - No significant change in the negative attitude group. - Female students had more positive attitudes than males.
Ahn, Yi & Ahn 2009	Develop a Korean version of the CSAS, and explore pre-medical and medical students' attitudes towards CSL.	<p>1st survey: pre-medical and medical students (n=325)</p> <p>2nd survey: medical students and doctors-in-training (n=257)</p>	<p>1st survey:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Translated version of the CSAS - A principal component analysis <p>2nd survey:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Open questions 	<ul style="list-style-type: none"> - Korean pre-medical and medical students' attitudes consist of five factors: 1) facilitation of interpersonal skills, 2) doubts about the importance of communication skills learning in medicine, 3) motivation, 4) negative attitudes to assessment, and 5) overconfidence. - Some modifications to the CSAS to improve its fit for measuring Korean students' attitudes.
Molinuevo & Torrubia 2011	Validating a Catalan version of the CSAS.	1 st - and 2 nd -year medical students and 1 st -year nursing students (N=569)	<p>Translated version of the CSAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - A principal component analysis 	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmed that the translated version of the CSAS is a valid and internally consistent instrument to measure medical and nursing students' attitudes towards CSL. - Female students had more positive attitudes than males.
Bombeke et al. 2011	Comparing medical students' patient-centered attitudes and attitudes to communication skills in two cohorts before and after clinical clerkship.	1 st group (n=48) did not receive training and 2 nd group (n=37) had received 5 years training	Translated version of the CSAS and 4 other validated questionnaires	<ul style="list-style-type: none"> - Communication trained students declined in patient-centered attitudes and attitudes to CSL compared to non-trained students. - Female students had more positive attitudes than males.

In a review of communication skills training (Aspegren 1999) experiential methods were reported to be more effective in teaching communication skills than instructional methods. Nowadays experiential methods such as simulated patients (SP) and role-play are widely used in communication skills training (Cleland et al. 2009; Hargie et al. 2010; Lane & Rollnick 2007; May et al. 2009). SPs portray live interactive simulations of specific communication challenges and medical problems, offering the students a safe learning environment with no risk of harm to real patients (Kurtz et al. 2005). However, SPs are expensive, and some students consider them artificial (Kurtz et al. 2005). In role-play fellow trainees play the role of the patient and the doctor (Lane & Rollnick 2007). Role-play offers an effective and cost-effective way to practice communication skills (Kurtz et al. 2005). Some students find role-play with fellow students unrealistic, whereas others find it more relaxing than simulations (Koponen et al. 2011; Nestel & Tierney 2007).

Alongside SPs and role-play another experiential learning method, Theatre in Education (TIE), has recently been applied in medical students' communication skills training (Koponen et al. 2010). TIE connects theatre techniques with education, utilizes elements of traditional theatre, educational drama and simulation, and contains structured patterns of activities around the selected topic (Jackson 1993). TIE differs from SPs and role-play, because the idea is to watch a short play of doctor-patient encounter and reflect the play through drama conventions, and the whole group of students is actively involved throughout the TIE workshop (Koponen et al. 2010).

Our earlier study (Koponen et al. 2011) compared Finnish second-year medical students' perceptions of the suitability of TIE, SPs and role-play with peers in learning interpersonal communication competence. This study includes a detailed description of each method used (Koponen et al. 2011). The results showed that the respondents were very positively disposed to the use of all three methods; however, the study did not measure the effectiveness of the methods. Even though several researchers have investigated medical students' attitudes to communication skills learning with CSAS (Cleland et al. 2005; Harlak et al. 2008a, 2008b; Rees et al. 2002; Rees & Sheard 2002, 2003; Wright et al. 2006), these studies have not compared students' attitudes in three groups using different experiential learning methods. In addition, Finnish medical students' attitudes to learning communication skills have not been measured. A recent study of Finnish university students' (N = 1323) study-related social anxiety (Almonkari 2007) showed that practising

This article is © Informa Healthcare and permission has been granted for this version to appear here (<http://informahealthcare.com/>)

communication skills was one of the contexts where students experienced most social anxiety. It is therefore of interest to examine the attitudes of Finnish medical students to learning communication skills.

The evaluation focuses on educational programmes to determine their merit or worth, and assessment focuses on learners to determine how well the learner is doing (Cook 2010). In this study we aimed to evaluate and compare second-year medical students' attitudes to learning communication skills before and after communication skills training in the data as a whole, divided by gender and divided into three groups where different experiential learning methods were used.

METHOD

The pilot course in communication

In Finland communication skills training for medical students started at the beginning of the 1990s (Pyörälä 2006). However, in a middle-sized university in eastern Finland this area of the curriculum has not been widely developed, and experiential learning methods have not been used in teaching communication skills to medical students. Due to a curriculum reform, in 2006 we developed a pilot course in communication for second-year medical students in co-operation with a speech communication lecturer and clinical lecturers. Three experiential methods, namely Theatre in Education (TIE), simulated patient interview with amateur actors (SP) and role-play with peers, were adapted in a pilot course. The pilot course had three objectives: 1) to help students learn to analyse doctor-patient communication, 2) to practise interpersonal communication skills, and 3) to help students to understand [and appreciate] the meaning of communication and interpersonal communication skills in the doctor-patient relationship. The third objective refers to cognitive learning, but implicitly it refers to affective learning (McCroskey 1994), since we also aimed to help the students to appreciate the doctor's interpersonal communication competence and to foster positive attitudes to learning communication skills.

The pilot course emphasized history-taking skills at the beginning of the medical consultation, especially building a relationship with the patient, exploring the patient's problems (questioning, listening and nonverbal communication) and providing structure to the consultation. These skills were selected on the basis of the enhanced Calgary-Cambridge Observation Guide (Kurtz et al. 2005). The structure of the pilot course is shown in Table 2.

Table 2 *Structure of the pilot course in speech communication*

Preparation	Training		Evaluation
All students	Group A (TIE)	All	All
- 1 h introduction	- 2 x 2 h	- Students spent	- 2 h/7 small
- 2 h/7 small groups	- TIE workshop	2 days in health	groups
- Short lesson in doctor-patient communication.	Group B (SP)	centres.	- Students
- Students analysed doctor-patient interaction shown on DVD.	- 2 x 2 h	- Students	discussed the
- Students formulated their learning goals.	- Simulated patient interviews with amateur actors	observed real doctor-patient consultations and wrote reports on their findings (self-study exercise).	self-study exercises
	Group C (RP)		- Students' learning experiences were discussed.
	- 2 x 2 h		
	- Role-play with peers		

First a lesson in doctor-patient communication was given, and the students analysed doctor-patient interaction shown on DVD. Then the students practised communication skills through the TIE, SPs or role-play method. The patient scenarios were based on real patient cases in primary health care, and were the same in each learning method. In the TIE workshop we used a theatre performance and drama techniques in order to activate the students to think about doctor-patient interaction and take part in the fictional context created in the doctor's role. The patient encounter was further developed with the student group, and several elements of drama education were used in the learning process. SPs and role-plays involved practicing patient interview with an amateur actor (SP) or a peer (role-play) followed by self-evaluation and constructive feedback discussions with peers and facilitator. Video-recording was not used in any of these learning encounters. Next all students spent two days in health centres observing and analysing real doctor-patient encounters. Finally the students discussed their learning experiences in small groups. The study period was 3 months. Grading was pass/fail.

Participants' demographics

All second-year medical students (N = 136) in our university were invited to take part in the study. Of these 129 (95 %) completed the questionnaire twice: before the pilot course (T1), and after the pilot course (T2). Respondents' age ranged from 19 to 34 years ($M = 22.15$; $Mdn = 22$), 45 (35 %) were male and 84 (65 %) female students.

The students were randomly assigned to three groups.ⁱ In group A we used the TIE method, in group B we used SPs, and in group C we used role-play. In group A ($n = 42$) 13 (31 %) males and 29 (69 %) females took part in the study, and their ages ranged from 20 to 29 years ($M = 21.69$; $Mdn = 21$). In group B ($n = 44$) 14 (32 %) males and 30 (68 %) females took part, and their ages ranged from 20 to 34 years ($M = 22.66$; $Mdn = 22$). In group C ($n = 43$) 18 (42 %) males and 25 (58 %) females took part, and their ages ranged from 19 to 31 years ($M = 22.07$; $Mdn = 22$). Randomization to three groups was successful ($\chi^2 = 1.389$; $df = 2$; $p = 0.499$).

Instruments

We used the Communication Skills Attitude Scale (CSAS), developed by Rees, Sheard and Davies (2002). The CSAS consists of 26 items which all have response options along a 5-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). The scale has two subscales. In subscale I, the positive attitude scale (PAS), 13 items relate to positive attitudes to communication skills learning. In subscale II, the negative attitude scale (NAS), 13 items relate to negative attitudes to communication skills learning. The CSAS has been found to show satisfactory internal consistency and test-retest reliability (Cleland et al. 2005; Rees et al. 2002).

The CSAS was translated from English into Finnish independently by a speech communication lecturer and an English lecturer. For the back translation, a similar group applied the same procedure. Together they agreed on a Finnish version of the CSAS. After back translation the speech communication lecturer compared the Finnish version and back-translated items and finalized the Finnish version of the scale. The items were in the same order as in the original CSAC and the same 5-point Likert response options were used.

In addition the questionnaire included respondents' age, gender, year of training, name (optional), letter of the group (A, B, C), and consent to participate in the study.

Data analysis

Data were analysed using SPSS version 17.0. Both PAS and NAS scores were calculated by summing response values for the 13 items of each subscale. Exploratory data analysis revealed that all continuous variables including PAS and NAS scores at times 1 and 2 were non-normally distributed. Therefore non-parametric statistical tests were used.

The internal structure of the translated CSAS was examined by a Principal Component Analysis (PCA) as has been done in earlier studies (Harlak et al. 2008a; Molinuevo & Torrubia

This article is © Informa Healthcare and permission has been granted for this version to appear here (<http://informahealthcare.com/>)

2011). The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy was 0.88 and Bartlett's test of Sphericity was significant ($p < 0.000$), confirming the appropriateness of PCA. The PCA with Varimax rotation revealed six factors with eigenvalues over 1 and explained 61.93 % of total variance. Next, two factors were explicitly extracted in order to see if the original two-factor structure was maintained. Two factors accounted for 40.93 % of the variance. Eigenvalues were 8.966 for factor 1 and 1.676 for factor 2. The factor loadings of the individual items supported the distinction of the positive and negative attitude subscales reported by Rees et al. (2002), thus supporting the construct validity of the translated scale. In order to assess the reliability of the translated CSAS the Cronbach's alphas were calculated for PAS and NAS measured before and after the pilot course. PAS-before was $\alpha = 0.882$, NAS-before was $\alpha = 0.794$. PAS-after was $\alpha = 0.895$, and NAS-after was $\alpha = 0.828$. NAS-before had the lowest alpha value. If item 20 had been deleted Cronbach's alpha would have been $\alpha = 0.811$. However, with the inclusion of item 20 it was $\alpha = 0.794$. Since the difference was not statistically significant we decided to retain item 20 in NAS-before in order to have as comparable results as possible with earlier studies.

Non-parametric statistical tests (Wilcoxon test, Mann-Whitney U-test, Kruskal-Wallis test) were used to establish whether students' scores on the PAS and NAS differed significantly in the data as a whole, between genders, and in three groups at times 1 and 2.

RESULTS

Participants' positive attitudes at times 1 and 2

Scores on the Positive Attitude Subscale (PAS) at time 1 and time 2 in the data as a whole, divided by gender and by each group are shown in Table 3. In the data as a whole medical students' scores on PAS increased significantly after training. In addition, male and female students' scores on PAS increased significantly after training. Mann-Whitney U-test showed that female and male students' scores on PAS differed significantly at time 1 ($U = 1176$, $Z = -2.968$, $p = 0.003$) and also at time 2 ($U = 1308.5$, $Z = -2.794$, $p = 0.005$). This shows that female students had more positive attitudes than males at the beginning and at the end of the pilot course.

In groups A and B scores on PAS increased significantly at the end of the course. However, in group C there were no significant differences with students' PAS scores at time 1 and 2. Kruskal-Wallis test showed that the means of students' scores on PAS did not differ significantly between the three groups at time 1 ($\chi^2 = 1.570$; $df = 2$; $p = 0.456$) or at time 2 (χ^2

= 4.333; $df = 2$; $p = 0.115$). In addition, Kruskal-Wallis test showed that there were no significant differences in male students' PAS scores in these three groups measured before the course ($\chi^2 = 0.830$; $df = 2$; $p = 0.660$) or after the course ($\chi^2 = 1.171$; $df = 2$; $p = 0.557$). The results were the same for female students' PAS scores: there were no significant differences in female students' PAS scores in these three groups measured before ($\chi^2 = 1.057$; $df = 2$; $p = 0.589$) or after the course ($\chi^2 = 4.113$; $df = 2$; $p = 0.128$).

Table 3 *Relationships between PAS scores at times 1 and 2*

	Median PAS score at T1 (inter-quartile range)	Median PAS score at T2 (inter-quartile range)	Wilcoxon test statistic, p value *
Whole data	45 (40.5–49)	47 (42–51)	$z = -3.932$, $p = 0.000^{***}$
Male ($n = 42$)	42 (37.75–47)	43 (40–48.5)	$z = -2.877$, $p = 0.004^{**}$
Female ($n = 83$)	46 (42–50)	48 (43–52)	$z = -2.795$, $p = 0.005^{**}$
Group A ($n = 42$)	45 (42–49.5)	49 (42.75–54)	$z = -2.768$, $p = 0.006^{**}$
Group B ($n = 44$)	45 (42–48)	46 (43–50)	$z = -2.221$, $p = 0.026^*$
Group C ($n = 43$)	43 (37.5–49)	45 (39–49)	$z = -1.952$, $p = 0.051$

Notes: *** significant at the $p < 0.001$ level, ** significant at the $p < 0.01$ level, * significant at the $p < 0.05$.

Participants' negative attitudes at times 1 and 2

Scores on the Negative Attitude Subscale (NAS) at time 1 and time 2 in the data as a whole, by gender and by each group are shown in Table 4. In the data as a whole medical students' scores on NAS decreased significantly after training. Male students' scores on NAS did not change significantly after training. However, female students' scores on NAS decreased significantly after training. Mann-Whitney U-test showed that female and male students' scores on NAS differed significantly at time 1 ($U = 1375$, $Z = -2.111$, $p = 0.035$) and also at time 2 ($U = 1302.5$, $Z = -2.824$, $p = 0.005$). This shows that female students had less negative attitudes than males at the beginning and at the end of the course.

In group A scores on NAS decreased significantly after training. In groups B and C there were no significant differences in students' NAS scores at time 1 and 2. Kruskal-Wallis test showed that the means of students' scores on NAS did not differ significantly between the three groups at time 1 ($\chi^2 = 1.906$; $df = 2$; $p = 0.386$) or at time 2 ($\chi^2 = 4.097$; $df = 2$; $p = 0.129$). In addition, Kruskal-Wallis test showed that there were no significant differences in

male students' NAS scores in these three groups measured before the course ($\chi^2 = 1.615$; $df = 2$; $p = 0.446$) or after the course ($\chi^2 = 0.836$; $df = 2$; $p = 0.658$). The same results were found for female students' NAS scores: there were no significant differences in female students' NAS scores in these three groups measured before ($\chi^2 = 2.973$; $df = 2$; $p = 0.226$) or after the course ($\chi^2 = 3.725$; $df = 2$; $p = 0.155$).

Table 4 *Relationships between NAS scores at times 1 and 2*

	Median NAS score at T1 (inter-quartile range)	Median NAS score at T2 (inter-quartile range)	Wilcoxon test statistic, p value *
Whole data	31 (27–35)	28 (25–33)	$z = -3.677$, $p = 0.000^{***}$
Male ($n = 43$)	32 (27–38)	31 (26.5–36)	$z = -1.490$, $p = 0.136$
Female ($n = 83$)	30 (27–33)	27 (24–32)	$z = -3.495$, $p = 0.000^{***}$
Group A ($n = 42$)	29.5 (26–35)	26 (22–33)	$z = -3.757$, $p < 0.0001^{***}$
Group B ($n = 44$)	29.5 (27–33.25)	28 (25–33)	$z = -1.218$, $p = 0.223$
Group C ($n = 43$)	32 (27.75–36.25)	30 (27–35)	$z = -1.538$, $p = 0.124$

Notes: *** significant at the $p < 0.001$ level

DISCUSSION

This study evaluated Finnish second-year medical students' attitudes to learning communication skills before and after a pilot course in communication. Overall, the study demonstrates that medical students' ($N = 129$) positive attitudes to learning communication skills (PAS) increased significantly, and their negative attitudes (NAS) decreased significantly between the beginning and end of the course. In other words, students' attitudes did indeed become more positive during the pilot course in communication. The positive change in students' attitudes could be seen as affective learning (Mottet & Beebe 2006). It has been argued that experiential methods are more likely than didactic methods to lead to action or change in behaviour or attitude, and to result in experimentation with alternatives and in the development of skills and strategies (Kurtz et al. 2005). The results of this study show that a communication course based on experiential learning methods may have a positive effect on students' attitudes in a reasonable amount of time, since the course lasted three months.

The increase in positive (PAS) and decrease in negative (NAS) attitudes found in this sample of students differs from that described by other researchers (Bombeke et al. 2011;

Harlak et al. 2008b; Rees & Sheard 2003). However, it is difficult to directly compare these results since, for example, the course content, duration and methods used vary in different studies. Nevertheless, none of the studies exploring medical students' attitudes before and after communication training with CSAS (Harlak et al. 2008b; Rees & Sheard 2003) describe integrating visits to health centres with communication skills training or using mainly experiential learning methods during training as was done in this study.

Rees et al. (2002) suggested that the PAS measures students' positive attitudes towards learning communication skills and their beliefs that communication skills are important within medical practice. Therefore, the positive change in students' PAS scores after training in this study indicates that students realised the importance of communication skills in medical practice. One of the reasons behind the positive result of this course may be that the communications skills training was integrated into a clinical context. After practising communication skills with experiential learning methods, the students spent two days in health centres observing and analysing real doctor-patient encounters. Therefore, the communication skills may become more meaningful to the students. It has been shown, that if the communication training environment is too idealistic compared to the reality of medical practice, it may lead to a decline in medical students' patient-centred attitudes and their attitudes to learning communication skills during clinical clerkships (Bombeke et al. 2011). Therefore it seems relevant to maintain a connection between communication skills training and clinical reality.

Rees et al. (2002) suggested that the NAS measures students' negative attitudes towards the learning and teaching of communication skills. The results showed a significant decline in students' NAS scores after training, thereby indicating that students' attitudes towards teaching and learning communication skills became more positive. In group A, where the TIE method was used, students' PAS scores increased significantly and their NAS scores decreased significantly. However, there were no significant differences in the mean scores for PAS and NAS measured in the three groups before or after the course. Therefore, we cannot claim that one method was more effective than others. It would nevertheless be interesting to explore the results of our earlier study, which compared medical students' perceptions of the suitability of TIE, SPs and role-play in learning interpersonal communication competence (Koponen et al. 2011). The respondents were the same medical students as in this study. The results showed that respondents had very positive views on

the use of all three methods, and that these methods had five similar elements. The similarity and the students' positive experience of training communication skills through all three methods may explain why their NAS scores declined and why there were no differences in attitudes in the three groups after training.

However, our earlier study showed that there were some differences in respondents' perceptions of the methods helpful and unhelpful elements (Koponen et al. 2011). Respondents who had experienced communication skills training with the TIE method found being active (the method stimulated them to think and led to new thoughts) and reflective discussions together with peers in the modified forum theatre stage (respondents appreciated being able to intervene in the play by stopping the action and discussing with the group when several viewpoints and proposals came up) as helpful elements. These elements were not found in groups B or C. The techniques of TIE could be adopted to simulations and role-plays in order to further develop these learning methods in communication skills learning.

The results show that female students had more positive attitudes than males at the beginning and at the end of the course. The results are consistent with the results of several earlier studies showing that female medical students have more positive attitudes to learning communication skills than males (Bombeke et al. 2011; Cleland et al. 2005; Harlak et al. 2008b; Rees & Sheard 2003; Wright et al. 2006). Rees and Sheard (2003) note that Aspegrens' (1999) review of teaching and learning methods for communication skills training showed that male medical students were slower at learning communication skills than females, and this may explain why in their study female medical students had a decrease in NAS by the end of a communication skills course. At the beginning of communication skills training more attention should be paid to male medical students' attitudes to learning communication skills.

The Finnish version of CSAC seemed to be a suitable instrument to measure Finnish medical students' attitudes to learning communication skills. Internal consistency analysis showed that the reliability of the two subscales was adequate, although the alphas calculated at time 1 and time 2 for the NAS (NAS-before $\alpha = 0.794$; NAS-after $\alpha = 0.828$) were somewhat lower than for PAS (PAS-before $\alpha = 0.882$, PAS-after $\alpha = 0.895$). However, an alpha of at least 0.70 suggests reasonable reliability (Metsämuuronen 2003), and therefore the alphas calculated in this study were acceptable.

This article is © Informa Healthcare and permission has been granted for this version to appear here (<http://informahealthcare.com/>)

This study has limitations, which must be taken into consideration when evaluating and interpreting the results. In order to study the direct impact of a pilot course on the respondents' attitudes a randomized controlled trial should have been designed, which was impossible in our university in 2006. The pre-test, post-test design in this study means that differences found in respondents' attitudes in T1 and T2 may be due to factors other than the pilot course in communication or the different experiential learning methods used. In addition, the overall sample size (N = 129) was satisfactory, but the numbers of respondents in the three groups were rather small. The findings on medical students' attitudes in this study may be representative of this year-group, but not necessarily of all medical students in our medical school or in Finland in general.

According to McCroskey (1994) students who complete communication classes or programmes should have heightened positive affect regarding communication and the courses and programmes they have taken (appreciating their content, the worth of behaviour learned, and the instructors who taught them). It has been suggested that communication skills learning should be integrated with clinical experience, because only in the clinical context do medical students truly realize the benefits of communication skills learning (Rees, Sheard & McPherson 2002). However, this study showed that the use of experiential learning methods and integrating communication skills training with health centre visits may actually help medical students to appreciate communication skills training at an early stage of their studies. In the future we should repeat the measurement of students' attitudes in order to see whether the change in their attitudes was sustained. Moreover, an assessment of medical students' communication skills and their knowledge of doctors' interpersonal communication competence could be conducted in order to have a comprehensive evaluation of effectiveness of the methods.

Practice points

- All three learning methods, TIE, SPs and role-plays, had a positive impact on medical students attitudes to learning communication skills.
- Female students' had more positive attitudes than male students.
- Longitudinal research on medical students' attitudes to communication skills learning is required.

Declaration of interest

The authors report no declarations of interest.

References

- Ahn S, Yi Y-H, Ahn D-S. Developing a Korean communication skills attitude scale: comparing attitudes between Korea and the West. *Med Educ* 2009; 43: 246–253
- Almonkari M. [Social anxiety in study-related communication situations], Doctoral dissertation, University of Jyväskylä, Jyväskylä 2007
- Anvik T, Grimstad H, Baerheim A, Fasmer OB, Gude T, Hjortdahl P, Holen A, Risberg T, Vaglum P. Medical students' cognitive and affective attitudes towards learning and using communication skills – a nationwide cross-sectional study. *Med Teach* 2008; 30: 272–279
- Anvik T, Gude T, Grimstad H, Baerheim A, Fasmer OB, Hjortdahl P, Holen A, Risberg T, Vaglum P. Assessing medical students' attitudes towards learning communication skills – which components of attitudes do we measure? *BMC Med Educ* 2007; 7:4. Retrieved January 24, 2011. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/4>
- Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine - a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999; 21: 563–570
- Bombeke K, Van Roosbroeck S, De Winter B, Debaene L, Schol S, Van Hal G, Van Royen P. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centered attitudes: an observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Educ Couns* 2011, doi: 10.1016/j.pec.2011.03.007
- Brown JB, Steward M, Ryan BL. Outcomes of patient-provider interaction. In Thompson T, Dorsey AM, Miller KI, Parrot R (Eds.), *Handbook of Health Communication*, Mahwah, LEA, 2003: 141–161
- Cleland JA, Abe K, Rethans J-J. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Med Teach* 2009; 31: 477–486
- Cleland J, Foster K, Moffat M. Undergraduate students' attitudes to communication skills learning differ depending on year of study and gender. *Med Teach* 2005; 27: 246–251
- Cook DA. Twelve tips for evaluating educational programs. *Med Teach* 2010; 32: 296–301
- Hargie O, Boohan M, McCoy M, Murphy P. Current trends in communication skills training in UK schools of medicine. *Med Teach* 2010; 32: 385–391
- Harlak H, Dereboy C, Gemalmaz A. Validation of a Turkish translation of the communication skills attitude scale with Turkish medical students. *Educ Health* 2008a: 21. Retrieved January 24, 2011. http://www.educationforhealth.net/publishedarticles/article_print_55.pdf
- Harlak H, Gemalmaz A, Gurel FS, Dereboy C, Ertekin K. Communication skills training: effects on attitudes toward communication skills and empathic tendency. *Educ Health* 2008b: 21. Retrieved January 24, 2011. http://www.educationforhealth.net/publishedarticles/article_print_62.pdf
- Jackson T. *Learning through Theatre - new perspectives on Theatre in Education*, Routledge, London 1993
- Kaufman DM, Laidlaw TA, Macleod H. Communication skills in medical school: exposure, confidence, and performance. *Acad Med* 2000; 75: 90–92
- Koponen J, Pyörälä E, Isotalus P. Teaching Interpersonal Communication Competence to Medical Students through Theatre in Education. *Commun Teach* 2010; 24: 211–214.
- Koponen J, Pyörälä E, Isotalus P. A comparison of medical students' perceptions of three experiential methods. *Health Educ* 2011; 4: 296–318.

- Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine, 2nd. Radcliffe, Oxford 2005
- Lane C, Rollnick S. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005. *Patient Educ Couns* 2007; 67:13–20
- May W, Park JH, Lee JP. A ten-year review of the literature on the use of standardized patients in teaching and learning: 1996–2005. *Med Teach* 2009; 31: 487–492
- McCroskey JC. Assessment of affect toward communication and affect toward instruction in communication. In Morreale S, Brooks M. (Eds.), 1994 SCA summer conference proceedings and prepared marks. Speech Communication Association Annandale 1994; 55–71
- Metsämuuronen, J. [Research Methods in Humanistic Sciences] International Methelp, Jyväskylä 2003
- Molinuevo B, Torrubia, R. Validation of the Catalan version of the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) in a cohort of South European medical and nursing students. *Educ Health* 2011; 24. Retrieved June 3, 2011. <http://www.educationforhealth.net/articles/showarticlenew.asp?ArticleID=499>
- Mottet TP, Beebe SA. Foundations of Instructional Communication. In Mottet TP, Richmond VP, McCroskey JC. (Eds.) Handbook of instructional communication. Rhetorical & relational perspectives. Pearson Education, Boston 2006; 3–32
- Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Med Educ* 2007; 7:3 Retrieved January 24, 2011. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-7-3.pdf>
- Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 40: 903–918
- Petty RE, Wegener DT, Fabrigar LR. Attitudes and attitude change. *Annu Rev Psychol* 1997; 48: 609–647
- Pyörälä E. [Reflective feedback discussions – a challenge for physicians’ communication skills training]. *Peda-Forum* 2006; 1:30–32
- Rees CE, Garrud P. Identifying undergraduate medical students’ attitudes towards communication skills learning: a pilot study. *Med Teach* 2001; 23: 400–406
- Rees C, Sheard C. The relationship between medical students’ attitudes towards communication skills learning and their demographic and educational-related characteristics. *Med Educ* 2002; 36:1017–1027
- Rees C, Sheard C. Evaluating first-year medical students’ attitudes to learning communication skills before and after a communication skills course. *Med Teach* 2003; 25: 302–307
- Rees C, Sheard C, Davies S. The development of a scale to measure medical students’ attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Med Educ* 2002; 36: 141–147
- Rees C, Sheard C, McPherson A. A qualitative study to explore undergraduate medical students’ attitudes towards communication skills learning. *Med Teach* 2002; 24: 289–293.
- Shankar RP, Dubey AK, Mishra P, Deshpande VY, Chandrasekhar TS, Shivananda PG. Student attitudes towards communication skills training in a medical college in Western Nepal. *Educ Health* 2006; 19: 71–84
- Wright KB, Bylund C, Ware J, Parker P, Query JL, & Baile W. Medical student attitudes toward communication skills training and knowledge of appropriate provider-patient

communication: a comparison of first-year and fourth-year medical students. Med Educ Online 2006; 11:18 Retrieved January 24, 2011.
<http://med-ed-online.net/index.php/meo/article/view/4594/4773>

ⁱ Ethical approval to conduct the study was obtained from the legal adviser of our university, even though it was not required according to the regulations at our university.